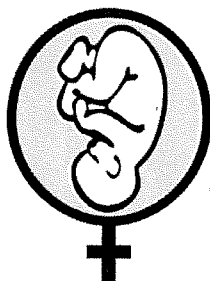


Gynekologen Nr. 3 September 1991 4. årgang

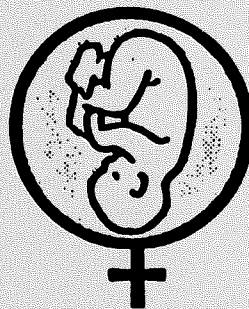


Norsk Gynekologisk Forening

INNHold	Side
Norsk gynekologisk forening	
• Styret og komiteene	2
Per E. Børdahl: Fra redaksjonen	3
Fridtjof Jerve: Styrets beretning 1990-1991	4
Sissel Moe Lichtenberg: Gyn/Obst avd, Sentralsykehuset i Rogaland	9
Ola Rygh: Norsk Gynekologi i 1950-årene	11
Fridtjof Jerve: Veteraner i norsk gynekologi: Boye Istre	15
Prognose for utviklingen av legearbeidsmarkedet innen fødselshjelp og kvinnesykdommer	18
Spesialitetskomiteens kommentar	27
Doktordisputas:	
• Tom Tanbo: Assisted fertilization	29
• Ingrid Matheson: Legemidler og amming	30
Nye spesialister	31
Kurser-møter-kongresser	32
NGF, styret og komiteene, forts	39
Redaksjonen:	40
• Per E Børdahl	
• Fridtjof Jerve	
• Thomas Åbyholm	
• Mette Moen	

Amn

GYNEKOLOGEN



TIDSSKRIFT FOR NORSK GYNEKOLOGISK FORENING

NR. 3

SEPTEMBER 1991

4. ÅRGANG

NORSK GYNEKOLOGISK FORENING

STYRET:

- Formann:** Overlege Fridtjof Jerve, KK, Ullevål sykehus, 0407 Oslo 4, Tlf 02-11 80 80, priv: 27 11 12
- Nestform:** Avd.overlege Willy Nøstdahl, Nordland Ssh, 8000 Bodø, Tlf 081-20 040, priv: 82 229
- Sekretær:** Overlege Unni Kirste, Bærum Sykehus, 1316 Bærum s.h., Tlf 02-88 94 00, priv: 53 21 63
- Kasserer:** Prakt.spesialist Brit Nyland, Nygårdsgt.5, 5015 Bergen, Tlf 05-31 95 57, priv: 16 34 76
- Medlem:** Overlege dr.med. Thomas Åbyholm, KK, Rikshosp., 0027 Oslo 1, Tlf 02-86 70 10, priv: 50 00 33

SPESIALITETSKOMITEEN 1990-1992:

- Formann:** Overlege Arne Urnes, Gyn/Obst avd, Ssh i Akershus 1474 Nordbyhagen, Tlf 02-702200, priv:06-971553
- Repr:** Overlege Unni Kirste, Gyn/Obst avd, 1316 Bærum sh Tlf 02-889400, priv: 889467
- Overlege Rita Kollvik, Gyn/Obst avd, Haugesund sh 5500 Haugesund, tlf 04-728000, priv: 722138
- Overlege dr.med. Per E Børdahl, KK, Rikshospit., 0027 Oslo 1, tlf 02-867010, priv: 123881
- Ass.lege Bente Mikkelsen, Gyn avd, SØF, 1600 Fredrikstad, Tlf 09-39 30 00, (YLF)
- Vararepr:** Avd.overlege Knut Urdal, KK, Aker sykehus, 0514 Oslo 5 Tlf 02-22 50 50
- Prakt.spesialist Kristina Johannesen, Nygårdsgt 4, 5015 Bergen, Tlf 05- 23 15 10

RÅDGIVENDE UTVALG FOR HELSEDIREKTØREN 1990-91:

- Formann:** Overlege Eilef Hellem, Gyn/Obst avd, Vestfold Ssh 3100 Tønsberg, Tlf 033-13 370
- Medlem:** Overlege dr.med. Odd Harald Jensen, KK, Aker sh 0514 Oslo 5, Tlf 02-22 50 50
- Varamedl:** Overlege Bjørg Ladehaug, Gyn/Obst avd, S.sh i Sogn og Fjordane, 6800 Førde, Tlf 057-22 011
- Professor dr.med. Pål Øian, KK, 9012 Regionsh i Tromsø, Tlf 083-86 000
- Overlege Marit Kristoffersen, Gyn/Obst avd, 1316 Bærum sh, Tlf 02-88 94 00
- Overlege Truls Servoll, Gyn/Obst avd, Telemark Ssh 3900 Porsgrunn, Tlf 035-56 100
- Medlem:** Thomas Noorda, Gyn/Obst avd, S.sh for Østfold, 1601 Fredrikstad, Tlf 032-11 08 (YLF) Forts s 39

RÅDGIVENDE GRUPPE FOR SYKEHUSUTBYGGING

Professor dr.med. Per Bergsjø, KK, Haukeland sh, 5021 Bergen, 05-29 80 60

forts s 39

Ullevål sykehus,
priv: 27 11 12

Nordland Ssh,
priv: 82 229

Sykehus,
00, priv: 53 21 63

Nygårdsgt. 5,
priv: 16 34 76

Im, KK, Rikshosp.,
priv: 50 00 33

avd, Ssh i Akershus
0, priv: 06-971553
t avd, 1316 Bærum sh

st avd, Haugesund sh
priv: 722138

1, KK, Rikshospit.,
priv: 123881
avd, SØF, 1600
(YLF)

Aker sykehus, 0514

Jannesen, Nygårdsgt 4,

1990-91:

st avd, Vestfold Ssh

Jensen, KK, Aker sh

bst avd, S.sh i Sogn og
22 011

KK, 9012 Regionsh i

Gyn/Obst avd,

bst avd, Telemark Ssh

S.sh for Østfold,
08 (YLF) Forts s 39

IG
KK, Haukeland sh,
forts s 39

Per E Børdahl

FRA REDAKSJONEN

Ola Rygh gir i sin oversikt over 1950-årene (s 11) bilder fra en gynekologisk hverdag få av oss kjenner. Ekspansjonen i antall leger og antall avdelinger har gjort at landskapet ser vesens anderledes ut i dag enn for 40 år siden. I 1950 var det ca 3000 leger i Norge, i 1960 knapt 4000, i 1970 vel 5000, i 1980 mer enn 8000 og 10 år senere ca 12 000, fire ganger så mange som det år Rygh tar utgangspunkt i. Dette har selvfølgelig også endret vår spesialitet radikalt. Kirurgene har gitt slipp på den operative gynekologi og (med lettere sinn) obstetrikken. Rygh siterer overlege Kalsnes på Moss sykehus, "en elegant tekniker og flink fødselshjelper", som ikke hadde mye tiltro til den ekspanderende spesialiteten. Operasjoner var ikke noe for gynekologer, "De har ingen vevsfølelse og kan ikke operere". Han syntes allikevel det var bra at noen tok seg av fluoren. Vi smiler over det i dag, men samtidig er det klart at gynekologi er et operativt fag. Pensjonert avdelingsoverlege Boye Istre mener den kirurgiske utdannelsen må styrkes, og selv om det nok ikke er noen vei tilbake til fellesvakter med kirurgene, rører han ved et ømt punkt. Utdannelsen med kortere arbeidstid, færre vakter og langt flere ansatte pr avdeling gir færre muligheter for operativ virksomhet. De endoskopiske teknikker, et endret sykdomspanorama og endrete indikasjonsstillinger gjør at svært mange nye spesialister har vansker med å sy sammen brede operasjonslister. Dette er helt sikkert et problem vi må ta alvorligere i årene som kommer: Opptreningen av den kirurgiske ferdighet.

Vi bringer også prognosen for det fremtidige arbeidsmarked for gynekologer. Det er tankevekkende å se hvor mange usikkerheter en slik prognosegiving er beheftet med. Ved både den midlere og den høye prognosegiving ser det imidlertid ut som det med nuværende utdanningskapasitet blir en betydelig mangel på gynekologer i løpet av 1990-årene. Her ligger en utfordring!

I dag er 20 % av gynekologene kvinner. Andelen stiger heldigvis, og de åtte nye spesialister i gynekologi første halvår i år var alle kvinner. Også det vil bidra til en endring. Vi har ikke, som i Storbritannia, fått et endret pensjonsmønster for fødselsleger med stadig yngre pensjonister. I Lancet 29.juni kan en lese at rekrutteringen til fødselshjelp og kvinnesykdommer er blitt markant dårligere og spesialister forlater faget tidligere, pensjonsalderen er i løpet av kort til sunket fra 65 til 58 år. Britiske kollegaer er redde det skyldes økningen i rettsaker mot fødselsleger. Selv om tallenes tale viser at den materielle og perinatale mortalitet aldri tidligere har vært så lav, øker antallet søksmål for uaktsomhet stadig. Selv om RCOG påpeker at det er lite holdepunkter for en sammenheng mellom cerebral parese og fødselsforløpet i de fleste tilfeller, gjør dette ikke mye inntrykk på britiske jurister. En undersøkelse RCOG har foretatt, viser at 85% av britiske obstetrikere er saksøkt minst en gang og 65% minst to. Utviklingen bekymrer britiske kollegaer sterkt.

I dette siste nummer før årsmøtet bringes styrets beretning for 1990-1991. VEL MØTT I FREDRIKSTAD!

Fridtjof Jerve :

STYRETS BERETNING 1990- 1991

Styret i Norsk Gynekologisk forening har siden årsmøtet i Kristiansand hatt 7 møter. De fleste møter har også nå vært arrangert i Lægeforeningens møtelokaler på Lagåsen, som velvilligst stilles til disposisjon. Det har vært behandlet en lang rekke saker, blant annet fra Lægeforeningen, Helsedirektoratet, medlemmer av NGF og andre. Styret har dessuten sammen med overlege Christensen arbeidet med det neste årsmøtet i Fredrikstad 05.09. - 07.09.91.

Lægeforeningssaker.

- Det har kommet en lang rekke saker til uttalelse fra Den Norske Lægeforening.
- Det har kommet forslag til prognose for utvikling av legearbeidsmarkedet innen spesialiteten fødselshjelp og kvinnesykdommer - utarbeidet av det rådgivende utvalg for legers stillingsstruktur (DRULS). Man har her vurdert forskjellige prognoser for behov for gynekologer ved utgangen av 1994. Denne saken har vært vurdert både av styret i NGF og av spesialitetskomitéen. Styret antar at det vil foreligge behov for mellom 10 og 15 nye spesialiststillinger pr. år i kommende 4 års periode og at det vil bli et underskudd på gynekologer. Både styret og spesialitetskomitéen anser at det vil være behov for å øke assistentlegetillinger gruppe A og fast assistentlegetillinger og også flere B-stillinger. Alle parter synes å være enige om at utdanningskapasiteten bør økes. Økende antall eldre gynekologer som ikke ønsker aktiv vakt vil øke den kommende tidsperioden og ønske om og behov for deltidsstillinger kan også bli aktuelt.
 - Det har kommet utkast til prinsippprogram for Den Norske Lægeforening i perioden 1992-93. Utkastet inneholder en rekke generelle og etiske retningslinjer som støttes fullt ut.
 - Det har vært nedsatt en arbeidsgruppe som har kommet med forslag om endring av § 10 i de generelle spesialistbestemmelser, om spesialisteksamen. Arbeidsgruppen har stilt seg positiv til en trinnsvis innføring av eksamen. Styret i NGF har hatt noe ulike oppfatninger, men flertallet var stemt for å støtte et forslag fra YLF, hvor man stiller seg skeptisk til verdien av innføring av eksamen, og at det i hvert fall ikke må være Lægeforeningens sentralstyre, men Lægeforeningens landsstyre, som overfor Helsedirektoratet kan foreslå innføring av en eksamen.
- Det er mulig at det økende internasjonale samarbeid vil medføre at spesialistgodkjenning forutsetter en eller annen form for skriftlig prøve. En ordning med spesialisteksamen er i gang både i Finland og i Sverige.
- Det er kommet innstilling fra et utvalg som har sett på økonomisk kompensasjon for den sentrale tillitsvalgte i Lægeforeningen. NGF støtter forslaget. Forslaget vil ikke medføre noen økonomisk fordel ved å ha sentrale tillitsverv i Lægeforeningen. Det har også vært forslag om helt fri kjøp av presidenten i Lægeforeningen, slik at denne kunne arbeide på heltid. Fra Oslo Lægeforening er det kommet et forslag som også tar opp økonomisk kompensasjon for en del tillitsvalgte.
 - Det er også kommet forslag om å endre betegnelsen formann til betegnelsen leder i foreningen. Styret i NGF støtter dette og vil foreslå at betegnelsen leder vedtas av generalforsamlingen.
- NGF har ikke støttet et forslag om at valg av tillitsvalgte skal skje ved utgangen av første halvår. Meningen med dette var at høsten skulle brukes som trening før man gikk inn i styret. Som regel vil det være såpass overlapping i styrene at dette ikke skulle være nødvendig.
- Det er kommet en orientering om prinsipper for reforhandling av stillingstrukturavtalen. Dette har vært tatt opp ved Lægeforeningens sentralstyremøte i Alta og forhandlinger skal starte 02. september i år. Forslagene har vært gjengitt

Årsmøtet i Kristiansand hatt 7 møter i Lægeforeningens møtelokaler i Kristiansand. Det har vært behandlet en rekke saker, Helseinspektøren, medlemmer og overlege Christensen arbeidet med i 1991.

se fra Den Norske Lægeforening. Utvikling av legearbeidsmarkedet innen gynekologi og utarbeidet av det rådgivende utvalget. Man har her vurdert forskjellige muligheter for å øke antallet av gynekologer i 1994. Denne saken har vært behandlet av spesialitetskomitéen. Styret antar at det vil være behov for å øke assistentlegestillingene og også flere B-stillinger om at utdanningskapasiteten bør økes. Styret ønsker aktiv vakt vil øke den delen av deltidsstillingene som også bli

Den Norske Lægeforening i perioden 1990-1991 og etiske retningslinjer som

kommet med forslag om endring av spesialisteksamen. Arbeidsgruppen for innføring av eksamen. Styret i NGF har vedtatt et var stemt for å støtte et forslag om å ha sentrale tillitsverv i Lægeforeningens sentralstyre, men Lægeforeningens sentralstyre kan foreslå innføring av

arbeid vil medføre at spesialisteksamen for skriftlig prøve. En ordning med utvalg i Sverige.

sett på økonomisk kompensasjon for utvalgte. NGF støtter forslaget. Forhandlet ved å ha sentrale tillitsverv om helt fri kjøp av presidenten på heltid.

g som også tar opp økonomisk kom-

sen formann til betegnelsen leder vil foreslå at betegnelsen leder

av tillitsvalgte skal skje ved utvalgte var at høsten skulle brukes som utvalg vil det være såpass overlapping

reforhandling av stillingsstruktur i Lægeforeningens sentralstyremøte i Alta i 1991. Forslagene har vært gjengitt

STYRETS BERETNING 1990-1991

i tidsskriftet. Sykehusene deles i gruppe 1- og gruppe 2-avdelinger. På gruppe 1-avdelinger skal det være assistentlege med 3 års tilsetningstid etter innstilling fra Helseinspektøren og assistentleger med 5 års tilsetningstid uten innstilling. Disse 5 års stillingene teller med 50 % i spesialistutdanning. På gruppe 2-avdelinger skal det være assistentlegestillinger uten tidsbegrenset tilsetning. I de fleste fylkene i Syd-Norge beholdes inntil videre nåværende assistentlegestillinger med 5 års tilsetningstid uten fortrinnsrett, samt assistentlegestillinger uten tidsbegrenset tilsetning.

-NOU 1991: no. 7, om spesialisthelsetjeneste, er sendt til høring. Det er lite av spesiell interesse for gynekologi og obstetikk, men avsnittet om opplæring, etterutdanning og videreutdanning understrekes, likeså plikt til å utøve intern kontroll og forskrifter om kvalitetssikring. Når det gjelder det siste så har Lægeforeningens kvalitetssikringsutvalg hatt sitt første møte i juni og én av våre medlemmer, Stein Tore Nilsen, er oppnevnt som norsk overlegerepresentant i dette. Stein Tore Nilsen har anmodet NGF om å ta opp kvalitetssikring innen gynekologi og obstetikk som et av hovedemnene ved årsmøtet i Bergen i 1992.

-Det er oversendt et foreløpig utkast til en del av forslaget for ny felles helsepersonellov. Dette er jo også forhold som vedrører helsepersonell generelt og ikke spesielt NGF. Styret har imidlertid støttet Anderslandsutvalgets forslag som gjengis i utkastet om den enhetlige ledelse ved sykehusavdelingene.

-Etter at Sosialdepartementet laget forskrifter om ventelisteregistre og prioritering av pasienter, har Lægeforeningen ønsket at en del av spesialforeningene har utarbeidet diagnoselister for prioriterte pasientgrupper. Arne Christensen og Knut Dalaker har i samråd med styret i NGF laget følgende liste for prioriteringsgruppe 2 i kvinnesykdommer, det vil si pasienter som ikke må vente lenger enn 6 måneder på behandling:

1. Utredning av kasus hvor malign lidelse ikke kan utelukkes.
2. Kvinner med anemiserende meno-metrorrhagier.
3. Operasjon av diagnostiserte premaligne lidelser.
4. Vaginale prolaps og urininkontinenser med betydelige plager hvor konservativ behandling ikke har ønske effekt.
5. Myoma uteri med betydelige plager.
6. Andre tilstander hvor en ventetid på over 6 måneder kan føre til varig skade hos pasienten eller hvor hun på grunn av sin lidelse ikke kan gjennomføre sine daglige plikter og gjøremål.

-Den Norske Lægeforening og Sosialdepartementet innkalte senhøstet 1990 til et møte angående situasjonen ved fødeavdelinger på mindre sykehus, aktualisert ved problemer i Nordland fylke. Det er senere nedsatt et utredningsutvalg for fødselshjelp i lokalsykehus og Karen Sofie Kåss er medlem av dette utvalget. Hun vil på generalforsamlingen ved årsmøtet redegjøre for utredningen.

-Det foreligger nå avtale om veiledende retningslinjer for samarbeid mellom legestand og farmasøytisk industri. Retningslinjene synes akseptable og styret til å ta hensyn til disse. Det er også laget en overenskomst når det gjelder medisinske firmaers utstilling på medisinske møter.

-Det er kommet forslag om standardisert cytologiremisje. Styret i NGF har akseptert dette.

-Gynekologisk avdeling ved Sentralsykehuset i Østfold fikk opprinnelig ikke godkjent status som gruppe 1, men fikk så etter en tid Helseinspektøren godkjennelse. Imidlertid ble denne godkjennelsen trukket tilbake i vår og den viktigste begrunnelsen er at sykehuset ikke har B-stillinger.

Både Lægeforeningen og styret i NGF opprettholder at avdelingen, i likhet med enkelte andre avdelinger som ikke har B-stillinger, får beholde sin gruppe 1 status.

-Det er kommet ønske fra cytologer om en egen spesialforening i cytologi. Styret i NGF har fulgt Lægeforeningens retningslinje her som er restriktiv til forslag om opprettelse av nye spesialiteter og grenspesialiteter. Styret i NGF har

STYRETS BERETNING 1990-1991

også gått i mot opprettelsen av en egen spesialitet som heter katastrofemedisin. Styret i NGF har vært positiv til opprettelse av stillinger med særskilte kompetansekrav, men landsstyret i Lægeforeningen forfattet 21.06. vedtak om ikke å opprette særskilte kompetansekrav som alternativ til nye spesialiteter. Det var uenighet i styret om dette med et mindretall som var positivt til å sløyfe sideutdannelsen. Denne saken vil bli behandlet i Lægeforeningens organer senere, kirurgene har allerede foreslått å sløyfe sideutdannelsen.

- Lægeforeningen har ønsket forslag til nye takster og takstutvalget har sendt inn forslag til takstendringer.
- Styret i NGF har støttet forslaget om endring av betegnelsen terapeutisk onkologi og stråleterapi til bare onkologi og et forslag om å endre betegnelsen Norsk Anesthesiologisk Forening til Norsk forening for Anestesi og Intensiv Medisin. Via Norsk Urologisk Forening om betegnelsen urologisk gynekologi respektive gynekologisk urologi. Man har gått inn for å bruke betegnelsen urogynekologi.

Saker fra Helsedirektoratet.

- Helsedirektoratet har nedsatt en arbeidsgruppe som hadde til oppgave å utvikle standardisert transport føde- og barnejournaler til bruk for hele landets føde- og barneavdelinger. Professor dr.med. Kåre Molne har vært medlem i arbeidsgruppen og de forskjellige utkast har vært sendt til en lang rekke høringer. Styret i NGF avga en uttalelse 01.03. med en del kommentarer. De fleste kommentarene gjaldt fødejournal, der man fant førsteside nokså tett pakket og uoversiktlig. Det antas at gruppen vil få en rekke kommentarer fra de forskjellige høringsinstanser og at en del av kommentarene vil bli fulgt opp.
- Det har vært en del korrespondanse med Helsedirektoratet når det gjelder ultralyd. Styrets kommentar til ultralydutvalgets innstilling ble oversendt Helsedirektoratet, men man har fått nokså diffuse svar tilbake. Styret i NGF har anmodet en representant fra Helsedirektoratet om å redegjøre for direktoratets syn og retningslinjer ved generalforsamlingen på årsmøtet i Fredrikstad, men i brev fra Helsedirektoratet av 28.06.91 beklager man at man ikke har anledning til å være til stede.
- Styret i NGF har hatt betenkeligheter når det gjelder den særdeles omfattende screeninprosedyre som er planlagt ved at vel 100 jordmødre skal være heltids sysselsatt med ultralydscreening. Styret anmodet om kommentarer til ultralydutvalgets innstilling og eventuelt andre forhold vedrørende ultralyd, men det har vært få eller ingen kommentarer til nå.
- Via Kåre Molne har styret i NGF blitt gjort oppmerksom på et initiativ fra Folkehelsen som har anmodet Helsedirektoratet om å gå inn for en sentralisering av all screening av gravide og militære mannskaper. Styret i NGF har i brev til Helsedirektoratet gått i mot dette forslaget om sentralisering.

1/3 av jordmødre

Internasjonalt samarbeid.

Nordisk forening for Obstetrikk og Gynekologi (NFOG) ble etablert i Uppsala juni 1990 og samtlige nordiske foreninger er nå kollektivt tilsluttet denne. Dette medlemskap innebærer samtidig abonnement på Acta. Berndt Kjessler er formann i foreningen og leder foreningen på velkjent dynamisk måte. De respektive lands formenn er medlemmer i styret og møtene avholdes som regel som telefonmøter.

- Det er vedtatt at det skal distribueres et blad kalt Bulletin som vil komme med 4 nummer pr. år. Denne vil inneholde forskjellig faglig informasjon fra de forskjellige land og også om møter og kurs som arrangeres.

BERETNING 1990-1991

som heter katastrofemedisin. Utstillinger med særskilte kommittet 21.06. vedtak om ikke til nye spesialiteter. 1 som var positivt til å let i Lægeforeningens organer sideutdannelsen. og takstutvalget har sendt inn

betegnelsen terapeutisk onkologi å endre betegnelsen Norsk mesteshi og Intensiv Medisin. sk gynekologi respektive e betegnelsen urogynekologi.

hadde til oppgave å utvikle l bruk for hele landets føde- har vært medlem i arbeidsgrup- a lang rekke høringer. Styret ararer. De fleste kommentarene å tettpakket og uoversiktlig. fra de forskjellige hørings- gt opp.

orstatet når det gjelder ultralyd. ng ble oversendt Helsedirekto- ke. Styret i NGF har anmodet leggjøre for direktoratets syn rsmøtet i Fredrikstad, men i man at man ikke har anledning

gjelder den særdeles omfattende) jordmødre skal være heltids om kommentarer til ultralyd- vedrørende ultralyd, men det

ksom på et initiativ fra Folke- gå inn for en sentralisering er. Styret i NGF har i brev n sentralisering.

(NFOG) ble etablert i Uppsala kollektivt tilsluttet denne. på Acta. Berndt Kjessler er ent dynamisk måte. De respek- ne avholdes som regel som tele-

kalt Bulletinen som vil komme jellig faglig informasjon fra arrangeres.

STYRETS BERETNING 1990-1991

Overlege Bo Lindberg i Uppsala er den første redaktør av Bulletinen som forventes å utkomme med første nummer tidlig høsten 1991. Bulletinen skal være selvfinansierende via en del reklame.

-Medlemskap i NGF medfører nå som kjent også medlemskap i NFOG og dette er nå en langt fastere organisasjon enn den det nordiske samarbeid var før. At medlemskapet er knyttet til abonnement på Acta synes vel begrunnet og Acta er nå under den nye redaktøren Per Bergsjø nesten kommet ajour etter tidligere vanskeligheter. Acta har også fått ny layout fra og med 1991. Per Bergsjø vil bli anmodet om å redegjøre for Actas status og fremtid ved generalforsamlingen.

-Som medlemmer av NGF er alle kollektivt tilsluttet FIGO og IFFS. Medlemskontingenten her dekkes av NGF.

-Som kjent arrangeres FIGOS neste verdenskongress i Singapore medio september og den største spenningen fra nordisk side vil være om København blir tildelt kongressen i 1997. Det har vært gjort et stort forarbeid ledet av Jørgen Falch-Larsen i København og forhåpningene er store. I Københavns disfavør taler at kongressen, hvis den blir lokalisert i København, må arrangeres i juli, mens det ordinære tidsrom for kongressen er september.

Via NGF er det innsendt 5 innlegg til kongressen i Singapore.

-Det tok stadig opp nye internasjonale organisasjoner og det er nå særlig aktuelt med et økt europeisk samarbeid. Et av de mest aktuelle tiltak er European College of Obstetrics and Gynaecology som vil kunne få betydning også for norske gynekologer i fremtiden. Det har vært arrangert en del møter i år og på generalforsamlingen vil Unni Kirste nærmere redegjøre for en del av våre internasjonale forbindelser.

Andre henvendelser.

-Styret i NGF har sendt brev til det franske firmaet Roussel-Uclaf med anmodning om at Mifepriston søkes registrert i Norge. Medikamentet er nå også registrert i Storbritannia og svenske myndigheter har i sommer anmodet om at preparatet blir tilgjengelig. I sitt svar meddeler firmaet at så snart britiske helsemyndigheter har godkjent preparatet vil de gjøre ny henvendelse overfor Skandinavia. Norsk Gynekologisk Forening har arrangert, noe forsinket, bekkenløsningssymposium i april i år. Det ble arrangert på Bærum sykehus og ledet av Unni Kirste. Ca. 50 deltagere var til stede.

-Det er kommet henvendelse fra Bjørg Ladehaug om å ta opp emnet diabetes og graviditet. Det har vært rettet forespørsel til Narve Moe og Christian Hanssen og Christian Hanssen har satt i gang et større arbeid og vil arrangere et møte i november og vil så komme tilbake til problemet diabetes og graviditet på neste årsmøte i Bergen 1992.

-Det har også kommet en henvendelse fra Kåre Molne angående de betydelige streptokokkinfeksjoner som enkelte sykehusavdelinger har hatt de siste årene. Også dette er anbefalt tatt opp i Bergen neste år.

-Etter en nylig avholdt konsensuskonferanse om østrogener ble NGF anmodet om å avgi en uttalelse og denne ble publisert i Tidsskriftet tidligere i år.

-I samarbeid med Norsk Jordmorforening har NGF ved Narve Moe og La Rygh utarbeidet et spørreskjema når det gjelder samarbeid mellom jordmødre og leger på fødeavdelinger. En del data fra dette vil forhåpentligvis kunne legges frem ved årsmøtet.

-Det er kommet en forespørsel fra European DES study og Kjell Kjørstad har besvart dette.

-Det har kommet to henvendelser til NGF fra Caen i Frankrike og fra dr. Wentz i USA om møter i Oslo. NGF tillot seg å oversende begge disse til Oslo Gynekologiske forening som i vår arrangerte to særdeles vellykkede møter. En stor takk til Rolf Kirschner og de andre i Oslo Gynekologiske forening for dette og samtidig gratulasjon med 50-årsjubiléet og gratulasjon med den vellykkede jubileumsfesten. NGF følger etter med 50-årsjubileum i 1996.

STYRETS BERETNING 1990-1991

-Fra Peer Høvik er det kommet informasjon om den arbeidsordning man er kommet frem til ved Nordfjordeid sykehus som synes å fungere tilfredsstillende.

Andre saker.

- Ved årsmøtet i Kristiansand var det en del kommentarer til vaktteneste. Det ble etter møtet sendt brev til avdelingsoverlegene ved gynekologiske avdelinger og direktørene ved sykehusene i Fredrikstad, Hønefoss, Haugesund og Haukeland sykehus. Det har kommet svar fra samtlige og tendensen synes å gå i retning av økt beredskap med et større ønske om tilstedevakt for leger.
- Ved årsmøtet i Kristiansand ble Schering-prisen tildelt Gynekologisk avdeling, Regionsykehuset i Akershus, ved Anton Langebrette og kolleger på grunn av sitt laserlaparoskopiske arbeid. Årets Schering-pris på 16.000 kroner vil bli tildelt en annen av foreningens medlemmer.
- Det vil også i år bli utdelt to reisestipendier á kroner 5.000 fra firmaet Ciba-Geigy.
- Det vil også i år bli honorering av beste innlegg på årsmøtet.
- Styret i NGF takker det gamle ultralydutvalget for lang og god innsats og det vil fra 01.01.92 bli oppnevnt et nytt utvalg med tre medlemmer.
- Det er valg ved generalforsamlingen i år. Brit Nyland, Thomas Åbyholm og Fridtjof Jerve går ut av styret og styret har forespurt en del medlemmer som har sagt seg villige til å stille opp ved valg på nye styremedlemmer. Styrets forslag til ny formann er Willy Nøstdahl.
- Neste årsmøte avholdes i Bergen september 1992 og det ønskes forslag om møte-
sted for årsmøtet i 1993.
- Når det gjelder årsmøtet i Fredrikstad i år vil vi foreløpig takke Christensen for nedlagt arbeid i forbindelse med årsmøtet og ønske lykke til med arrangementene.
- Også i år vil møtet søkes godkjent som etterutdanning og man vil kunne søke Lægeforeningens fond til dekning av en del av utgiftene.

EAGO

UPIGO (fansk)

FIGO

European College Obst Gyn
(ECOG)

Specialist Women

ERETNING 1990-1991

arbeidsordning man er kommet
gere tilfredsstillende.

mentarer til vaktteneste. Det
ene ved gynekologiske avdelinger
ønefoss, Haugesund og Haukeland
tendensen synes å gå i retning
akt for leger.

ildelt Gynekologisk avdeling,
og kolleger på grunn av sitt
på 16.000 kroner vil bli til-

kroner 5.000 fra firmaet Ciba-

på årsmøtet.
r lang og god innsats og det
tre medlemmer.
yland, Thomas Åbyholm og
espurt en del medlemmer som
nye styremedlemmer. Styrets

det ønskes forslag om møte-

i foreløpig takke Christensen
ønske lykke til med arrange-

ning og man vil kunne søke Læge-
ne.

Avdelingsoverlege Sissel Moe Lichtenberg:

PRESENTASJON AV GYN./OBST. AVDELING, SENTRALSJUKEHUSET I ROGALAND - EN AVDELING I STADIG VEKST.

Stavanger er en "oljeby" med en stor kontingent innflyttere fra de fleste nasjoner i verden, og derved en stor andel kvinner i fertil alder. Fruktbarheten for kvinnene i Rogaland fylke er 2,1. Sammen med Sogn og Fjordane fylke er dette den høyeste fruktbarhet i Norge.

FØDE/BARSEL-SEKSJONEN.

Fødselstallet er stigende. I 1990 hadde vi 4221 fødsler ved Fødeavdelingen, SiR, 279 flere fødsler enn i 1989. Den perinatale mortalitet i 1990 var 4,2 promille. Sectiofrekvensen var 9,8% i 1990. Pga befolkningens alderssammensetning vil fødselstallet fortsette å stige frem mot år 1995 - 2000.

Foruten fødeavdelingen med 11 tekniske fødesenger og 4 observasjonssenger, har vi 3 barselposter. Den ene barselposten brukes også til observasjon av pasienter i svangerskapet. Det er planer om innføring av pasienthotell for en del barselpasienter.

Vi har forsøkt å følge trendene i tiden med å gjøre fødeavdelingen så "myk" som mulig, bl.a. med vannseng, vannbaseng og stuer med spesiell innredning. Føde/barsel-seksjonen har opprettet kvalitetssirkel og har i samarbeid med Rogalandsforskning hatt et prosjekt for bedring av arbeidsmiljøet.

Det stigende antall pasienter har ført til økende press på alle personellkategorier. Avdelingen har nylig via Rogaland fylke fått innvilget nye legestillinger, jordmorstillinger, barnepleierstillinger og kontorstillinger.

GYNEKOLOGISK SEKSJON.

Gynekologisk seksjon består av 2 enheter, en enhet for behandling av gynekologisk cancer, og en enhet for behandling av generell gynekologi. Behovet for sengeplasser for innlagte pasienter har i den senere tid gått betydelig ned som følge av den økte polikliniseringen. De fleste laparoscopier gjøres nå poliklinisk, likeledes småinngrep som abrasio, ab. prov, laserconiseringer etc.

Avdelingen har ca 2.500 større operative inngrep pr. år. Omsorgsfunksjonen for behandling av pasienter med gynekologisk cancer og deres pårørende er bygd betydelig ut, og alle personellgrupper har opparbeidet stor kompetanse i cancerbehandling. Den ene gynekologiske avdelingen benyttes også til observasjoner tidlig i graviditeten.

DEN POLIKLINISKE SEKSJON.

Den polikliniske aktivitet øker. I 1990 hadde vi ca 14.000 pasienter til poliklinisk behandling. I 1991 vil vi muligens

og forskjellige
år av bladets

STAVANGER

øke til 17.000 polikliniske pasienter. Den polikliniske drift er svært spredt, og vi ønsker en samlokalisasjon av driften.

Gynekologisk poliklinikk:

Det drives 3 parallelle poliklinikker daglig ved full bemanning. Laserconiseringer/vaporiseringer foregår ved gyn.poliklinikk. Avdelingen bygger nå opp sin urologiske kompetanse, og utfører urologisk utredning og behandling som elektrostimulering ved poliklinikken. Avdelingen starter nå opp med diagnostiske og terapeutiske hysteroscopier.

Ultralydlaboratoriet:

Ultralydscreening og diagnostikk i graviditeten foregår i egne lokaler. Aktiviteten drives av 1 lege og 2 jordmødre.

Fødeavdelingens poliklinikk:

Fødeavdelingen har egen poliklinikk som nå flyttes til lokaliteter sammen med ultralydlaboratoriet. Samlokalisasjon av ultralyd-laboratoriet og fødeavdelingens poliklinikk styrker det faglige miljø og utnytter ressursene effektivt.

LEGE BEMANNING.

Avdelingen har inntil nå hatt 1 avdelingsoverlege, 4 seksjonsoverleger, 5 overleger og 1 overlege i 4/10 stilling for poliklinisk virksomhet. Det er 6 assistentleger fordelt på 2 ass.lege-I-stillinger, 3 B-stillinger og 1 C-stilling. Dette er en beskjeden bemanning sett i forhold til avdelingens størrelse og det som er vanlig ved andre gyn/obst.-avdelinger i Norge. Fylket har nylig innvilget 2 nye overlegestillinger og 1 ass.lege B-stilling til avdelingen.

SPESIALISTUTDANNELSEN.

Avdelingen er godkjent som spesialistutdannelsesavdeling. Fra 1988 har vi hatt eget internt utdanningsutvalg, med egen intern utdanningsplan for avdelingen. Alle spesialistkandidater får tildelt egen veileder, og inngår i det fastsatte møteopplegg. Utdanningskandidatene har opprettet egne kollokviegrupper. Avdelingen ser utdanning av spesialister som en svært viktig funksjon, ikke minst med tanke på rekruttering til ledige overlegestillinger.

METODEBOK.

Avdelingen legger stor vekt på utarbeidelse og løpende revidering av metodebok. Arbeidet koordineres av en egen metodebokkomite.

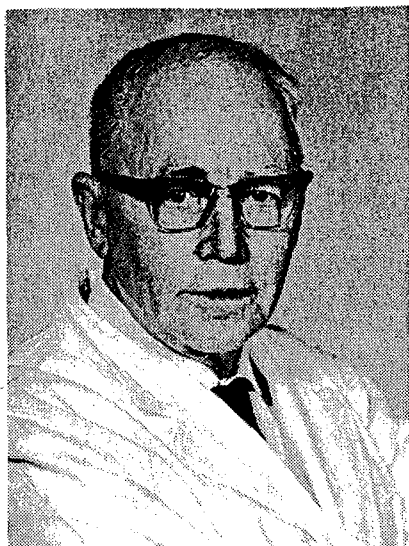
EDB-UTBYGGING.

Avdelingen er i begynnelsen av utbyggingen av EDB. Vi har lokale systemer på ultralydlaboratoriet og fødeavdelingen. Utbyggingen av edb på poliklinikken vil skje høsten 91.

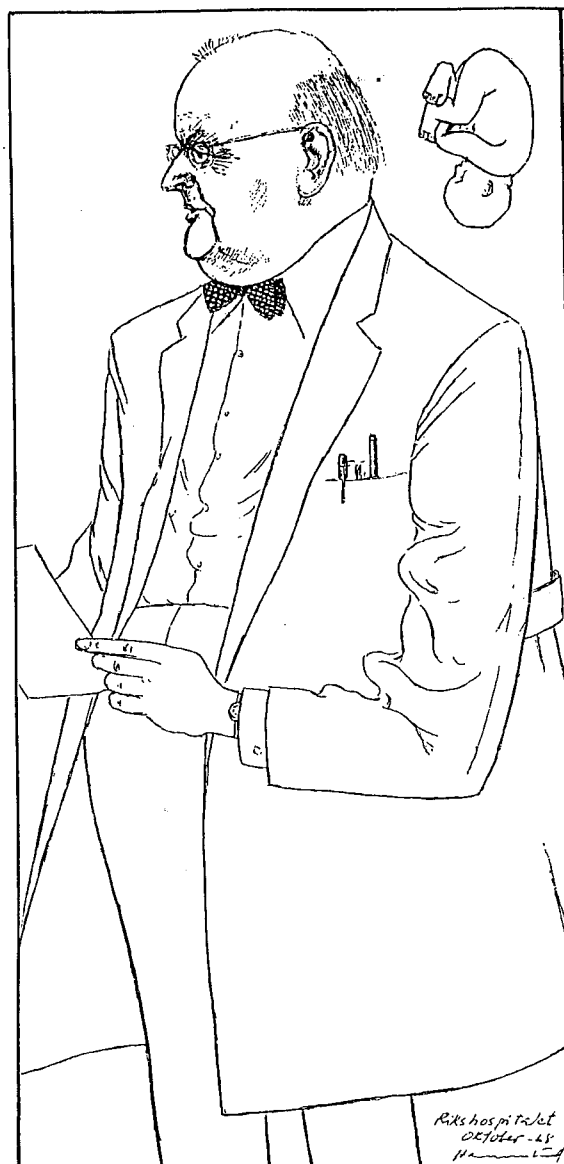
FREMTIDEN.

Gyn/obst.avdeling ved Sentralsjukehuset i Rogaland ser mange interessante oppgaver i fremtiden som f.eks. økt vekt på kvalitetssikring, nye behandlingsmetoder og prinsipper og bedring av arbeidsmiljøet.

1950-ÅRENE



Professor Jørgen Løvset
Kvineklinikken,
Haukeland sykehus



Professor Ernst Schjøtt-Rivers
Kvineklinikken, Rikshospitalet

Tegnet av Hammarlund oktober 1968.
Tegningen gjengis med velvillig
tillatelse av fru Hammarlund.



Ernst Schjøtt-Rivers
 i Rikshospitalet

Hammarlund oktober 1968.
 tegning med velvillig
 bistand av fru Hammarlund.

1950-ÅRENE

en sjøllært kirurg som overlot all fødselshjelp til reserve/ass.legen. Jeg gjorde nyttige erfaringer, men sikkert mange feil og likte situasjonen dårlig, og da jeg fikk tilbud om assistenslegestilling ved feltsykehuset i Korea skiftet jeg raskt arbeidsplass til den andre siden av kloden og under Bernhard Paus som kirurgsjef lærte jeg mye kirurgi, og lærte improvisasjon og å beherske dramatiske situasjoner. Der arbeidet jeg også for første gang sammen med en anestesioverlege: Jacob Stovner, et hyggelig bekjentskap og god læremester.

Det var fortsatt ikke mulig å komme inn på gynekologisk spesial-avdeling og på Moss sykehus viste overlege Kalsnes seg å være en elegant tekniker og flink fødselshjelper, men han hadde ingen fidus til gynekologer: "De har ingen vevsfølelse og kan ikke operere". Da jeg så fikk stilling på Furnes kvinneklinikk under Christian Voss og meddelte at jeg ville bli gynekolog. sa Kalsnes: "Noen må behandle fluor også".

Chr. Voss hadde gjort et kjempearbeid ved å opprette Furnes Kvinneklinikk. Han hadde solid bakgrunn fra KK Bergen og OKK og tysk medisin og med 1200 fødsler og like mange gynekologiske operasjoner på 2 leger ble det et "sprang i utvikling" for meg og jeg følte meg løftet opp på et nytt høyt faglig plan etter min "kirurgiske" periode. Jeg opplevet et bredt operasjonsregister og utmerket fødselshjelp i Løvsets og Skajaas ånd.

Ny utvikling

Nå begynte det å skje noe i Norsk gynekologi. Overlege Bøe fikk egen avdeling på Aker sykehus i 1956, og våren 1958 dro Rønneberg som spesiallege fra Aker til Bodø sykehus, og jeg fikk det ledige vikariatet etter Rønneberg. Dette ble et nytt "sprang" i utviklingen. Bøe organiserte en ny modell uten kandidatskikt, og den gang var det bare spesialister i virksomhet på avdelingen med Ivar Qvigstad som reservelege. En godt organisert poliklinikk var populær både blant leger og pasienter.

Bøe var en drivende administrator på en meget effektiv avdeling på høyt faglig nivå. Han eliminerte raskt Oslos venteliste på gynekologiske operasjoner og var en pådriver som

1950-ÅRENE

initierte bygging av ny kvinneklinikk, planarbeidet var igang før utgangen av dekadene. Jeg fortsatte som ass.lege på Gyn.avd. DNR under Oddmund Kollers sindige ledelse og Arne Strand som reservelege.

Det er forståelig at DNR er betydelig i internasjonal sammenheng og gynekologien har hengt godt med i denne utviklingen. En velorganisert avdeling og poliklinikk og systematisk oppfølging av pasienter er grunnlaget. Koller startet en vitenskapelig innsats med doktorgrad og Per Kolstad og Per Bergsjø fulgte senere opp i hans spor. Koller var også en pågående operatør. Den første betydelige utbygging av Radiumhospitalet skjedde i hans tid og gyn.avd. flyttet inn i nybygg i slutten av dekadene.

Jeg fikk så endelig fast assistentlege-stilling på Aker sykehus. I 1960 fikk jeg permisjon med lønn (som den første på Aker sykehus) for å reise på studietur i Sverige/Danmark. Overlege Bøe formidlet kontakten og jeg fikk en førsteklasses mottagelse i Gøteborg, Malmø, Lund, København og Stockholm. Jeg hilste på storheter i faget som Ulf Borell, Per Bergmann, Sune Genell, Alf Sjøwall, Axel Westman, Axel Ingelman Sundberg og Carl Gemzell. Vitenskapelig sett var svenskene en generasjon foran oss, jeg var meget imponert av deres høye faglige nivå og gjestfrihet, men de hadde også meget større ressurser å rutte med.

Konklusjon

Som konklusjon vil jeg si at dekadene 1950-1960 var preget av at spesialister i gyn/obst. gradvis overtok faget fra kirurgene og slik jeg så det betydde dette et betydelig nivåheving. Spesialistene i vårt fag var klinisk meget dyktige og det ble gjort en betydelig innsats ved at mange av dem etablerte faglige miljøer rundt omkring i landet med liten eller ingen offentlig støtte.

Den vitenskapelige innsats var kanskje noe beskjeden, men det ble lagt et godt grunnlag for den videre utvikling. Svenskene lå i så måte et godt stykke foran oss, men en begynnende kontakt med svensk gynekologi som senere fikk større og større betydning, har etterhvert utjevnet denne forskjellen.

1950-ÅRENE

planarbeidet var igang
som ass. lege på
lege ledelse og Arne

ig i internasjonal
t med i denne
g poliklinikk og
runnlaget. Koller
torgrad og Per Kolstad
spor. Koller var også
ige utbygging av
yn.avd. flyttet inn i

lege-stilling på Aker
ønn (som den første på
Sverige/Danmark.

fikk en førsteklases
nhavn og Stockholm.

Borell, Per Bergmann,
Axel Ingelman Sundberg
svenskene en
nert av deres høye
e også meget større

0-1960 var preget av
tok faget fra
te et betydelig
r klinisk meget
nsats ved at mange av
ing i landet med liten

kje noe beskjedne, men
dere utvikling.
ran oss, men en
som senere fikk
rt utjevnet denne

Fridtjof Jerve:

VETERANER I NORSK GYNEKOLOGI:

BOYE ISTRE

Larvik har bidradd med mange kjente personligheter i fortid og
natid, nevnes kan Colin Archer, Thor Heyerdahl, Arne Norheim,
Egil Lærum, Halvard Thorsen blant mange. Larvik Turn kommer også
fra Larvik, og det gjør også Boye Istre. Født der for 78 år siden,
20. april 1913, og fortsatt et meget levende medlem av det norske
gynekologiske miljø. For å bruke Istres egne ord: Vi har aldri
ønsket noen bolig i sydlige strøk, men å danse oss inn blant
ungdom i festens stund til kveldens siste slutt. Og videre sitat:
Vi elsker det fire liv, i "primitive" forhold, med vinter og ski,
badstue og snøbad, sommer ved sjøen og husflid (bunadsøm til
barne-barna).

Begynnelsen var medisinsk embetseksamen i Oslo krigsåret 1940,
og dramatisk nok ble hele kullet relegert på grunn av en av
studentenes ureglementerte opptreden på fødegangen. Den oppsatte
undervisningen i obstetikk og gynekologi ble meget mangelfull.

Likevel fikk du tidlig et godt rykte som fødselshjelper?

Ja, i min første legetid som distriktslege i Telemark var det jo
en god del hjemmefødsler og ingen ringere enn trygdesjefens
datter var blant dem som ble forløst med godt resultat. Dermed
var et godt renome skapt, men med min beskjedne faglige bakgrunn
var jo dette nokså belastende og sikkert medvirkende til at jeg
ønsket å få skikkelig utdanning i obstetikk og gynekologi og
derfor søkte meg til dette faget.

Din utdanning er konsentrert om Oslo-området?

Så mange alternativer var det jo ikke den gangen, slik at gamle
OKK, Rikshospitalet og Tønsberg ble mine utdannelsesteder. I
tillegg har jeg jo endel tjeneste fra blandet sykehus på
Notodden og rikelig Kirurgi fra Drammen sykehus. Dertil noe pato-
logi fra Ullevål.

Fødeservicen i Oslo har vel endret seg fra din tid på 50-tallet?

Kolossalt - det er ikke lett å glemme de to store fødeinstitu-
sjonene: fødepaviljongen på Ulleåvlsområdet og avdelingen på
Kroghstøtten. Opptil 3000 fødsler pr år var det på disse to
stedene og vi som hadde vakt der var nokså isolerte og det ble
forventet at vi kunne ordne opp i det meste. "Mareritt" synes
jeg er en dekkende betegnelse for endel av de opplevelser vi
hadde der. Tiden på selve OKK var imidlertid meget lærerik og
Kristjar Skajaa var en utmerket læremester og en stor inspirator.

Senere var du på Rikshospitalet?

ISTRE



PEDRO,

1960,

ISTRE

ISTRE

Rikshospitalets Kvinneklinikk er det sentrale sted i min utdanning og jeg var der inntil 1964. Schiott-Rievers satte jo sitt preg på miljøet i mange år, men jeg opplevde også flere andre nå avdøde velkjente kolleger som Sunde, Løvset og Strand, samt Haffner og Walde.

Det ble endel vitenskapelig arbeid på Rikshospitalet?

Det meste var jo rutine og vakter, men det ble endel tid for annet også. Mitt hovedarbeid ble undersøkelser over infeksjonsforhold i fødeavdelingen, et arbeid publisert i 1964 og som innbragte meg Hans Majestet Kongens gullmedalje. Vi brukte strikkepinner og ikke data-teknikk den gangen, men det gikk ved god hjelp. Den eksperimentelle delen av arbeidet ble utført ved bakteriologis institutt, ellers var det et klinisk arbeid.

Du utvidet ikke dette arbeidet til en doktorgrad?

Som du ser av tidspunktet var 1964 det året jeg reiste fra Rikshospitalet tilbake til hjemlige trakter, til Porsgrunn. Jeg ble ansatt som spesiallege ved Porsgrunn Lutherske sykehus og dette ble senere omgjort til overlegestilling ved Telemark Sentralsjukehus.

Det ble slutt med vitenskapen i og med dette, i hvert fall i slik målestokk at mitt infeksjonsarbeid kunne utvides til en disputas.

Jeg fortsatt i Telemark til pensjonsalder i 1983 og jeg har i løpet av denne tiden i likhet med andre kolleger sett avdelingen ekspandere fra en til mange leger, nå er det 8. Det er etterhvert blitt en vel kvalifisert avdeling med dyktige kolleger og godt utstyr.

Du og din kone har alltid vært ivrige deltagere på møter i Norsk gynekologisk forening.

Ja, vi har begge satt meget stor pris på miljøet i foreningen og håper den vil fortsette i sin nåværende form. Jeg er engstelig for at subspecialisering kan smuldre foreningen opp og jeg vil be dere alle bestrebe dere på å holde foreningen sammen. Dette skal ikke være til hinder for lokale faglige møter slik som i Oslo gynekologiske forening. NGF bør være den store faglige og sosiale ramme om den økende medlemsmasse.

Du har alltid hatt lett for å fremme dine synspunkter på møtene?

Hvorfor ikke? - Mine synspunkter har oftest vært fornuftige mener jeg og det har ikke vært grunn til å legge skjul på dem. Det har selvsagt blitt endel kjepphester som går igjen, men det får ikke hjelpe. Jeg mener fortsatt at gynekologer har for lite utdanning i kirurgi og jeg mener at i hvert fall endel kirurger burde ha mere utdanning i obstetrikk. Vi bør få tilbake noe av den gamle ordningen med mulighet forvaktning ved lokale sykehus. Det er jo viktig å bevare de mindre fødeavdelingene av mange grunner, og jeg tror at hvis gynekologer og kirurger kunne



1960,

FORSLAG TIL
PROGNOSE FOR UTVIKLING AV LEGE-
ARBEIDSMARKEDET INNEN FØDELSHJELP OG
KVINNESYKDOMMER (GYNEKOLOGI)

1991 TIL 1994

Foreløpig utkast, utarbeidet av Det rådgivende
utvalg for legers stillingsstruktur
desember 1990

Stillingsstrukturutvalget (DRULS)
Postadresse: Postboks 8128, Dep., 0032 Oslo
Telefon : (02) 34 89 63
Telefax : (02) 34 95 90

INNHOLDSFORTEGNELSE.

1.0	Innledning	Side 14
2.0	Fagområdet fødselshjelp og kvinnesykdommer	Side 14
3.0	Drøfting av de ulike variabler i beregningsmodellen	Side 17
3.1	Dagens ledige stillinger	Side 17
3.2	Endring i antall stillingshjemler	Side 17
3.3	Døde	side 18
3.4	Pensjonerte	side 18
3.5	Endring i yrkesaktivitet	side 18
3.6	Emigrasjon/immigrasjon	side 19
3.7	Permisjoner	side 19
3.8	Utdanningsprognoser	side 19
4.0	Sammendrag av prognoser	side 20
4.1	Midlere prognoser	side 21
5.0	Kort diskusjon	side 21

PROGNOSE

I følge tall fra Løgeforeningen pr. 25.08.1990 er det 329 godkjente spesialister under 70 år innen fødselshjelp og kvinnesykdommer. Av disse er 30 også godkjent spesialist innen annet fagfelt (tall fra Dnlf pr. 26.09.90)

Aldersfordelingen: Aldersfordelingen blant gynekologer går frem av tabell 2

TABELL 2: ALDERSFORDELING BLANT GYNEKOLOGER

Alder	Totalt	Pensjoneres i perioden
31-40	25	2017-2026
41-50	173	2007-2016
51-60	91	1997-2006
61-63	29	1993-1996
64-70	11	1990-1993
Sum	329	

Det går fram av tabellen at 198 av spesialistene er under 50 år. Dette utgjør ca. 65%. Det synes dermed å ha vært en relativt god tilgang på gynekologer de senere årene. I alderskategorien 64-70 er det 11 personer, og disse kan forventes å gå av med pensjon i løpet av den neste treårsperioden.

Ved å sammenlikne tabell 1 og tabell 2, ser en at det er flere spesialister enn det er stillingshjemler. Noe av dette kan forklares med at ca. 10% av de godkjente spesialistene også er godkjent spesialist innen annet fagfelt. En har ikke oversikt over hvor mange av de med dobbel spesialitet som arbeider som spesialist innen fødselshjelp og kvinnesykdommer. I følge helsepersonellstatistikk fra 1986 (SSB) driver 75 spesialister innenfor fødselshjelp og kvinnesykdommer helsetjenester utenfor helseinstitusjoner.

I Norge er det 71 kvinner under 70 år som er godkjent som spesialist innen fødselshjelp og kvinnesykdommer. Kvinneandelen i faget er dermed ca. 20%.

Frafall/tilgang siste år: En har ikke ferske opplysninger om inn- og utflytting når det gjelder gynekologer.

Geografisk fordeling: Tabell 3 gir en oversikt over det totale antall overordnede stillingshjemler ifølge stillingsstruktur-listene av august 1990 og antall spesialister fordelt på helseregion (tall fra Dnlf pr. 27.08.90).

PROGNOSE

08.1990 er det 329 god-
fødselshjelp og kvinne-
t spesialist innen annet

blant gynekologer går

GYNEKOLOGER

Pensjoneres i
perioden

2017-2026
2007-2016
1997-2006
1993-1996
1990-1993

sialistene er under 50
dermed å ha vært en
senere årene. I
ner, og disse kan
av den neste

, ser en at det er flere
er. Noe av dette kan
te spesialistene også er
t. En har ikke oversikt
alitet som arbeider som
esykdommer. I følge
) driver 75 spesialister
er helsetjenester

som er godkjent som
nesykdommer.
%.

ikke ferske
det gjelder

en oversikt over det
mler ifølge
90 og antall
all fra Dnlf pr.

PROGNOSE

TABELL 3: SPESIALISTER/STILLINGSHJEMLER FORDELT PÅ
HELSEREGIONER

Helse- region still.hjemler	Antall totalt	Antall
I+II	180	109
III	60	38
IV	38	38,5
V	24	23
Sum	302	208,5

Av tabellen går det fram at det er uoverensstemmelser mellom
antall overordnede stillingshjemler og antall spesialister i
helseregion I+II og region III. Her er det flere spesialister
enn det er overordnede stillingshjemler. Dette kan skyldes at
flere arbeider i underordnede stillinger. I følge
helsepersonellstatistikk fra 1986 (SSB) er det 75 gynekologer
som driver helsetjenester utenfor institusjon. Av disse er
det 61 innen spesialiserte legetjenester. Tall pr. 01.01.90
fra Legefordelingsutvalget viset at det er 50 privatpraktiser-
ende gynekologer med avtale. I region IV er det 0,5
stillingshjemmel mer enn det er spesialister. I region V er
det registrert 1 gynekolog mer enn det er stillingshjemler.

I følge Legefordelingsutvalgets oversikter over ubesatte
stillinger pr. 1.januar 1990, er det 10,5 ubesatte spesialist-
stillinger innen fødselshjelp og kvinnesykdommer. Innen
helse-region I & II er det 4, innen region III er det 2,5
stillinger, innen region IV er det 2 og innen region V er det
2 stillinger. Dette er stillinger som har vært lyst ledig
minst 2 ganger, og som har vært utbesatt mer enn 6 måneder
etter første utlysning.

ANTALL NYUTDANNEDE DE SISTE ÅR:

TABELL IV: GODKJENT GYNEKOLOGER I PERIODEN 1954-89,
FORDELT PÅ FEMÅRSPERIODER.

År	Ant. ny- utdannede	endring fra forrige 5- års periode	gj.snittlig utdannet pr. år.
1951-55	10	-	2,5
1956-60	11	1	2,8
1961-65	30	19	7,5
1966-70	21	-9	5,3
1971-75	41	20	10,3
1976-80	84	43	21
1981-85	96	12	24
1986-90	55	-41	13,8

Av tabellen går det frem at det i perioden 1976-80 ble

PROGNOSE

godkjent 84 nye spesialister innen fagområdet. I 1981-85 ble det godkjent i alt 96 nye spesialister. I gjennomsnitt for disse to periodene ble det godkjent henholdsvis 21 og 24 nye spesialister hvert år. Dette er en utdanningsrate som er langt høyere enn de foregående år. De siste årene på 1980-tallet ble det godkjent i snitt 13,8 pr. år.

Av stillingsstrukturlistene går det fram at det er i alt 23 B-stillinger. Ansettelsestiden i B-stilling er to år mens hovedutdanningskravet i spesialiteten er 5 år og 1/2 års sideutdanning. Under optimale forhold vil en dermed kunne produsere $23:2 = 11,5$ spesialister pr. år (gruppe I-tjeneste). Det er tilsammen 49 faste underordnede stillinger og A-stillinger. Ansettelsestiden i A-stilling er 5 år. Under optimale forhold vil en kunne produsere $49:5 = 9,8$ spesialister pr. år (gruppe II-tjeneste). Tilsammen vil en maksimalt kunne produsere 11,5 spesialister pr. år.

Det reelle tallet vil bli mindre bl.a. fordi leger i utdanningsstillinger ofte sitter lenger i stillingene enn den minimumstid som kreves for å bli godkjent spesialist. Det finnes 33 faste underordnede og 10 D-stillinger innen spesialiteten (fordypnings-stillinger). Alle B-stillingene er med fortrinn. Dersom en her antar en gjennomsnittlig turnover i faste underordnede og A-stillinger på 6 år og en turnover på 3 år i B-stillinger, vil det kunne utdannes ca. 7 nye spesialister pr. år. En må dessuten forvente noe frafall under utdanningen. Settes frafallet til 6%, vil det gi en gjennomsnittlig årlig tilgang på 8 nye spesialister.

3.0 DRØFTING AV DE ULIKE VARIABLER I BEREGNINGSMODELLEN

Prognosen bygger på data ved ledighet i stillinger, nyoppretting av stillinger og netto tilgang på gynekologer.

I dette avsnitt vil en gå gjennom de enkelte variablene som anvendes. I avsnitt 4 settes beregningsmodellen opp i sin helhet, i form av lav, høy og midlere prognose.

3.1 Ledige stillinger:

På grunnlag av Legefordelingsutvalgets oppgaver settes antall ledige stillinger til 10.

3.2 Endring i antall stillinghjempler for gynekologer:

En har ikke oversikt over antall planlagte, nyopprettede stillinger innen fagområdet. I revidert stillingsstrukturliste fra august 1990 opereres det med 208,5 overordnede stillinger. I liste fra mai 1988 står det oppført 149 overordnede stillinger. Det er opprettet 59,5 nye stillinger på to år. 22 av disse stillingene er underordnede stillinger som er gjort om til overordnede i henhold til avtalen. Det har dermed vært 37,5 nyopprettinger i løpet av denne perioden.

PROGNOSE

området. I 1981-85 ble
I gjennomsnitt for
enholdsvis 21 og 24 nye
danningsrate som er
de siste årene på 1980-
pr. år.

fram at det er i alt 23 B-
stilling er to år mens hoved-
år og 1/2 års sideut-
dermed kunne produsere
de I-tjeneste). Det er
ninger og A-stillinger.

Under optimale forhold
spesialister pr. år (gruppe
malt kunne produsere 11,5

fordi leger i
er i stillingene enn den
ent spesialist. Det
stillinger innen
. Alle B-stillingene er
gjennomsnittlig turnover
på 6 år og en turnover på
mannes ca. 7 nye
forvente noe frafall under
vil det gi en
spesialister.

BLER I

i stillinger,
lfgang på gynekologer.

enkelte variablene som
ngsmodellen opp i sin
prognose.

s oppgaver settes antall

emler for

agte, nyopprettede
t stillingsstrukturliste
5 overordnede stillinger.
149 overordnede
e stillinger på to år.
de stillinger som er
avtalen. Det har
et av denne perioden.

PROGNOSE

Det gjenstår å gjøre om 6 stillinger fra under- til overordnede stillinger.

Forslag til prognose:

Lav prognose: En har ikke kjenskap til konkrete planer om opprettelse av nye spesialiststillinger innen fagfeltet. Dermed settes antall nyopprettinger til 6 i løpet av den kommende fireårsperioden. Dette er de seks stillingene som gjenstår å omgjøre til overlegestillinger.

Høy prognose: I løpet av 1988 til august 1990 har antall overordnede stillinger registrert i stillingsstrukturlistene økt med 59,5 stillinger. 22 av disse stillingene er, som vi har sett, nyopprettede stillinger i den perioden. I gjennomsnitt er dette i underkant av 19 stillinger pr.år. En forutsetter ikke fullt så stor vekst i den neste fireårsperioden. Antall nye stillinger settes til 15 pr.år i den neste fireårsperioden.

En forutsetter ingen inndragning av stillinger.

3.3 Døde:

En forutsetter samme dødelighet blant spesialister som i befolkningen for øvrig. På bakgrunn av Statistisk Sentralbyrås statistikker for dødelighet, har dødeligheten for personer i aldersgruppen 35-65 år blitt beregnet til 5,5 1/1000. I og med at dødeligheten er dobbelt så høy for menn som for kvinner i denne aldersgruppen og at det er flere menn enn kvinner blant gynekologer, er dødeligheten beregnet for kvinner og menn separat.

Menn: $260 \times 7,5 \times 1/1000 = 1,95$ pr.år.
Kvinner: $71 \times 3,5 \times 1/1000 = 0,25$ pr.år

Forslag til prognose: Basert på "normal" dødelighet vil en få et frafall av gynekologer i aldersgruppen 35-65 år på 2 perioder hver år.

3.4 Pensjonerte:

Av tabell 2 gikk det fram at det er 40 spesialister som er over 60 år. Det er 11 som i dag er mellom 64 og 70 år og som vil gå av med pensjon i denne perioden. En forutsetter dermed at 3 går av hvert år.

Ved beregning av personsavgang er det tatt utgangspunkt i godkjente gynekologer, og ikke bare de som faktisk jobber i fagområdet.

3.5 Endring i yrkesaktivitet for gynekologer under pensjonsalder:

Yrkesaktiviteten blant gynekologer under 67 år beregnes å være 100%. En forventer at yrkesaktiviteten vil holde seg på dette nivået. Det finnes ikke tall eller oversikter som tilsier at det vil bli noen flukt fra faget før pensjonsalder.

PROGNOSE

En forutsetter ingen endring i bruk av deltidsstillinger.

Forslag til prognose: En forutsetter at yrkesaktiviteten vil holde seg konstant.

3.6 Emigrasjon/immigrasjon:

En har ikke tall som viser hvor mange gynekologer som har flyttet inn eller ut av landet i løpet av de siste årene. En tar dermed utgangspunkt i at det ikke vil skje netto inn- eller utflytting i nærmeste framtid.

Forslag til prognose: En forutsetter at netto inn/utflyttingen til landet blir null i de neste fire årene.

3.7 Permisjoner:

Som for andre yrkesgrupper, har en en rekke innarbeidede permisjonsrettigheter også for leger. En forutsetter imidlertid ikke noen endring i permisjonsordninger/bruk av permisjoner i årene framover.

Forslag til prognose: Det innarbeides ingen netto økning/reduksjon i bruk av permisjoner i perioden 1991-94.

3.8 Utdanningsprognose:

I følge ny stillingsstruktur vil tilgang på nyutdannede gynekologer være ca. 7 pr. år. Blant leger som er under utdanning innen faget fødselshjelp og kvinnesykdommer kan en, på bakgrunn av tabell 4 med kommentarer, lansere følgende prognoser:

Lav prognose: Det er antydnet at det vil være behov for flere utdanningsstillinger. En vil arbeide for at det blir opprettet flere stillinger. Lav prognose baserer seg på at det blir utdannet flere. Antallet settes dermed til 10 nye spesialister hver år.

Høy prognose: Det vil bli utdannet 6 nye spesialister innen fødselshjelp og kvinnesykdommer hvert år.

PROGNOSE

deltidsstillinger.
at yrkesaktiviteten vil

gynekologer som har
av de siste årene. En
vil skje netto inn-

at netto
i de neste fire årene.

rekke innarbeidede
En forutsetter
onsordninger/bruk av

s ingen netto
i perioden 1991-94.

ng på nyutdannede
eger som er under
kvinnesykdommer kan en,
r, lansere følgende

il være behov for flere
or at det blir opprettet
r seg på at det blir
d til 10 nye

ye spesialister innen
år.

PROGNOSE

4.0 SAMMENDRAG AV PROGNOSENE

Ved bruk av tidligere skisserte prognoser får en følgende tabell:

	Lav prognose				Høy prognose			
	1991	92	93	94	1991	92	93	94
Ledige stillinger:	10	7	3	0	10	24	38	52
Endring (økning) i ant. st.hjemler	2	1	2	1	15	15	15	15
Døde:	2	2	2	2	2	2	2	2
Pensjonerte:	3	3	3	3	3	3	3	3
Endring (reduksjon) i yrkesaktivitet:	0	0	0	0	0	0	0	0
Emi/immigrasjon:	0	0	0	0	0	0	0	0
Permisjoner:	0	0	0	0	0	0	0	0
Behov for nyutd.	17	13	10	6	30	44	58	72
Tilgang på nye spesialister (ut- danningsprognose)	10	10	10	10	6	6	6	6
Underskudd på spesialister*	7	3	0	-4	24	38	52	66

*underskudd på spesialister ett år "overføres" til "ledige stillinger" neste år: Det går fram av tabellen for lav prognose at det i 1991 vil være et underskudd på 7 spesialister. Dette underskuddet er fortsatt til stede 1.jan.1992, og det føres derfor opp 7 ledige stillinger i 1992 osv.

Ved bruk av lav prognose vil det være et overskudd på spesialister innen fødselshjelp og kvinnesykdommer på 4 i 1994. Utdanningskapasiteten er satt til 10 spesialister og en forventer en økning i antall stillinghjemler på 6 for kommende fireårsperiode. Høy prognose viser at det vil være et stort underskudd på gynekologer. I 1994 vil det være et underskudd på 66 spesialister. Her er utdanningskapasiteten satt til 6 spesialister hvert år og en antar en økning i antall stillingshjemler på 15 hvert år i kommende periode.

4.1 MIDLERE PROGNOSE

Tabellen over gir en oversikt over de ytre rammene for utviklingen av arbeidsmarkedet for gynekologer. I tabellen nedenfor har en forsøkt å sette opp en "midlere" prognose som gir en mulig utvikling. Her har en forsøkt å finne en

PROGNOSE

middelvei mellom høy og lav prognose som er presentert ovenfor.

	1991	1992	1993	1994
<hr style="border-top: 1px dashed black;"/>				
Ubesatte stillinger:	10	15	20	24
Endr. (økning) i ant. st.hjemler:	8	8	8	8
Døde:	2	2	2	2
Pensjonerte:	3	3	3	3
Endr. (reduksjon) i yrkesaktivitet:	0	0	0	0
Emi/immigrasjon	0	0	0	0
Permisjoner:	0	0	0	0
<hr style="border-top: 1px dashed black;"/>				
Behov for nyutdannede	23	28	33	37
<hr style="border-top: 1px dashed black;"/>				
Tilgang på ny spesialister (utdanningsprognose):	8	8	9	9
<hr style="border-top: 1px dashed black;"/>				
Underskudd på spesialister:	15	20	24	28
<hr style="border-top: 1px dashed black;"/>				

I følge denn prognosen vil en ha et underskudd på 28 gynekologer ved utgangen av 1994. Prognosen baserer seg på en utdanningsrate på henholdsvis 8 og 9 pr. år og en økning i antall stillingshjemler på 8 hver år i kommende fireårsperiode. Når det gjelder ledighet i stillinger, har en for 1991 innarbeidet 10 varige stillinger mens antall pensjonerte er satt til 3 pr. år.

5.0 KORT DISKUSJON OM MULIGE TILTAK

Lav prognose forutsetter ingen nyopprettelser av spesialiststillinger innen gynekologi foruten de seks underordnede som i følge avtalen skal gjøres om til overordnede i løpet av kommende fireårsperiode. Prognosen viser at det vil være et lite overskudd på gynekologer ved utgangen av 1994. Det er imidlertid kommet signaler om at det er behov for flere gynekologer. Høy og midlere prognose forutsetter at det opprettes henholdsvis 15 (høy prognose) og 08 (midlere prognose) nye spesialiststillinger pr. år i kommende fireårsperiode. Høy og midlere prognose viser at det vil bli et stort underskudd på gynekologer. Dersom det opprettes flere spesialiststillinger, vil det være behov for å opprette flere utdanningstillinger.

Utvalget forslår på bakgrunn av høy og midlere prognose følgende tiltak:

- Det bør opprettes flere A- og B-stillinger innen fagfeltet.
- større avdelinger (på sentralsykehus-, regionsykehusnivå) som får opprettet overlegestillinger bør få krav om å opprette utdanningsstillinger i tillegg.

PROGNOSE

som er presentrert

93 1994

0 24

8 8

2 2

3 3

0 0

0 0

0 0

3 37

9 9

4 28

underskudd på 28
prognosen baserer seg på en
pr. år og en økning i
i kommende
net i stillinger, har en
nger mens antall

ILTTAK

esttelser av
foruten de seks
gjøres om til
rsperiode. Prognosen
dd på gynekologer ved
ommet signaler om at det
y midlere prognose
vis 15 (høy prognose) og
tillinger pr. år i
ere prognose viser at det
loger. Dersom det
vil det være behov for å

høy og midlere

illinger innen fagfeltet.

us-, regionsykehusnivå)
er bør få krav om å
llegg.

Arne Urnes

PROGNOSE

SPESIALITETSKOMITEENS KOMMENTAR AV 29.1.1991

Forslaget fra Det rådgivende utvalg for legers stillingsstruktur om prognoseutviklingen innen fødselshjelp og kvinnesykdommer 1991 - 94, gir oss en grei, nærmest matematisk oversikt over de stillinger vi i dag har til rådighet. Enkelte punkter bør imidlertid kommenteres.

På side 4 i utkastet kan man ikke anta at turnover'en på A-stillinger er 6 år og på B-stillingene 3 år, da det etter regelen er henholdsvis 5 og 2 år. De faste underordnede stillinger er blitt karakterisert som ventestillinger i påvente av en fast overordnet stilling. Hittil har vi ingen oversikt over hvor lenge en underordnet lege vil sitte i en slik fast underordnet stilling.

Ad. pkt. 3.6. I 1990 ble det godkjent 18 spesialister i fødselshjelp og kvinnesykdommer i Norge, hvorav 3 ved godkjenningen hadde dansk adresse, slik at man må anta at disse 3 har flyttet tilbake til hjemlandet. Jeg vil tro at dette er en trend som tilsier at vi nok ikke vil ha alle godkjente spesialister til rådighet for det norske arbeidsmarked.

GENERELLE BETRAKTNINGER.

Etter den nye tariffavtalen inngått 1990 - 92, skal overordnede leger i hjemmestilling ikke ha hyppigere vakt enn 3-delt og overordnede stillinger i tilstedevakt ikke være hyppigere enn 5-delt. Jeg mener at tendensen innen helsevesenet har vært å redusere legenes tjenesteplan for å få bort dyr overtidbetaling. Det har vist seg mer rasjonelt å ansette flere overleger og likevel spare lønnsutgifter. Det har også vært et krav om økt beredskap ved våre fødeavdelinger som følge av de stadig hyppigere fokuseringer på feilbehandling og skadeutbetalinger. Sykehus hvor leger tidligere har hatt hjemmestilling, innfører nå tilstedevakt og dette krever økt bemanning for å kompensere for overtid og avspasering.

Etter den nye tariffavtalen kan overleger som har fylt 60 år etter søknad helt eller delvis fritas for vakttjeneste. Ser man tilbake på side 2 i tabell 2: Aldersfordeling blant gynekologer, ser vi at 91 gynekologer er mellom 51 og 60 år, og det er absolutt tenkelig at flere av disse ønsker seg fritatt for aktiv vakttjeneste i den kommende 9-års perioden. Hvordan dette skal løses, er meg helt uklart, men det er ikke utenkelig at det vil føre til et ytterligere økt behov for spesialister. I Norge i dag er 20 % av spesialistene i fødselshjelp og kvinnesykdommer kvinner. Trenden viser denne prosentandelen vil stige i løpet av få år til minst 50 % og kanskje over det, og det er slett ikke utenkelig at det vil fremtvinge krav om deltidsstillinger ved sykehus, noe som i dag praktisk talt nesten ikke eksisterer. Man skal heller ikke se bort fra at en rekke sykehusansatte i sentrale strøk i dag driver sin privatpraksis ved siden av sykehusstillingen og at dette kan maskere behov for ytterligere flere spesialister utenfor helseinstitusjonene.

KONKLUSJON:

Under henvisning til foregående kommentarer vil jeg gå inn for at man legger seg på en høy prognose som tilsier at det blir et underskudd på spesialister i årene fremover. Jeg vil derfor tilråde at det ved våre gruppe-2-sykehus blir opprettet flere assistentlegestillinger gruppe A og faste assistentlegestillinger innen fødselshjelp og kvinnesykdommer, med den begrunnelse at dette kan gi en distriktspolitisk profil og at man derved lettere kan skaffe seg kvalifiserte søkere etter hvert i periferien. Større sentralsykehus og regionsykehus bør fortrinnsvis ha B-stillinger, faste assistentlegestillinger og D-stillinger. Jeg vil absolutt støtte forslaget om at man legger seg på et høyere utdanningsnivå av spesialister innen vårt fagområde.

ISTRE

overlappe sin tjeneste noe mere ville dette være en mulighet for å løse problemene i mange områder av landet. Dessverre ser det jo ut til at kirurgene subspecialiserer seg bare mere og mere på andre ting enn obstetrikk. Mine personlige erfaringer er fra Rjukan og Notodden, og transport til spesialavdelingene er i hvert fall her så kort at vaktdeling burde kunne ordnes.

Før den generelle, "konvensjonelle", obstetrikk og gynekologi, som alltid vil bestå, ser det ut til at skillet mellom store og små sykehus blir mindre etterhvert. Det viser seg at fine observasjoner og nye teknikker kan utvikles på mindre, ikke sentrale, sykehus. Sosialt og miljømessig holder jeg på de små steder som mer givende enn de store steder.

Du er fortsatt aktiv i faget?

Jeg driver sammen med min kone en liten praksis 3 dager hver uke. Dette holder den faglig interessen og behov for fornyelse ved like.

Jeg kan ikke sterkt nok få understreke at jeg mener at 70 år ikke er noen grensealder for å drive god legevirksomhet. Jeg stiller meg også skeptisk til 75-årsgrensen og nødvendighet av å søke løyve til å drive praksis hvert år etter dette. Jeg tror at den enkelte leges ansvarsfølelse og de konyrollinstanser som finnes skulle være bra nok.

Boye Istre er en aktiv eldre lege, ønsker ikke å bli kalt pensjonist. Deltar i medisinsk miljø, holder faglige innlegg og kommenterer og diskuterer. De siste årene har han hatt glede av å se sin sønn Olav velge samme arbeidsfelt og Istre følger med stolthet sinn sønns intrauterine opprydninger. Nylig holdt far og sønn Istre innlegg på samme møte, til stor glede for alle, ikke minst Istre senior.

Kolleger i NGF ønsker fru Istre og Istre fortsatt god helse og ønsker dem velkommen også til fremtidige møter. Vi forventer at Boye Istre griper ordet i diskusjonen og vi forventer at ekteparet Istre i ulastelig antrekk trår dansen.

ISTRE

at dette være en
områder av landet.
ene subspecialiserer seg bar
trikk. Mine personlige
og transport til
er så kort at vaktdeling

obstetrik og gynekologi,
at skillet mellom store og
Det viser seg at fine
vikles på mindre, ikke
essig holder jeg på de små
steder.

en praksis 3 dager hver
sen og behov for fornyelse

te at jeg mener at 70 år
god legevirkosomhet. Jeg
yrensen og nødvendighet av
rt år etter dette.
sfølelse og de konyroll-
nok.

nsker ikke å bli kalt
holder faglige innlegg
te årene har han hatt glede
beidsfelt og Istre følger
opprydninger. Nylig holdt
øte, til stor glede for

stre fortsatt god helse
ntidige møter. Vi forventer
onen og vi forventer at
trår dansen.

DOKTORDISPUTAS
OSLO UNIVERSITET

**Tom Gunnar Tanbo: ASSISTED FERTILIZATION.
Clinical studies with particular attention to
ovarian stimulation, oocyte retrieval and transfer
of gametes or embryos.**

Tom Gunnar Tanbo, IVF-seksjonen, Kvinneklubben,
Rikshospitalet, 0027 Oslo 1.



Avhandlingen består av 8 delarbeider hvorav 5 omhandler kontrol-
lert ovariell hyperstimulering (COH). To arbeider viser at
bestemmelse av SeFSH etter stimulering med klomifencitrat (CC)
har høy prediktiv verdi for utfallet av den aktuelle stimulering
med kombinasjonen CC/HMG. Hos pasienter med SeFSH over refe-
ranseområdet ble 9 av 10 forsøk avbrudd på grunn av dårlig
follikkelutvikling. Disse pasientene hadde også svært dårlige
resultater ved senere forsøk uansett stimuleringsregime, noe som
sannsynligvis skyldes et dårlig follikkelapparat.

Ved å benytte en lang protokoll med GnRH-agonist, unngår man en
del stimuleringsproblemer som prematur luteinisering, spontan
ovulasjon og i en del tilfelle bedre stimulering ved tidligere
avbrudd for dårlig respons. Det siste gjelder imidlertid ikke
dersom de på forhånd hadde hatt en patologisk høy FSH-respons på
CC. GnRH-agonist til pasienter med PCO normaliserer hyperandro-
genemien, hvilket skulle være gunstig for follikkelutviklingen.
Imidlertid synes induksjon av en hypogonadotrop hypogonadisme å
øke risikoen for multifollikulær vekst og utvikling av ovarielt
hyperstimuleringsyndrom ved påfølgende stimulering med gonado-
tropiner. Ved å benytte IVF i forbindelse med gonadotropinstimu-
lering kan man nyttiggjøre seg den kraftige follikkelutviklingen
idet man får hentet ut mange oocytter og derved mange embryoer.
Overtallige embryoer etter transfer kan derfor fryses ned.
Imidlertid er pasienter med PCO anovulatoriske, og en del
ovulerer ikke på CC-stimulering. Man må da hos disse bygge opp et
sekretorisk endometrium ved hjelp av syklisk østradiol- og
progesterontilførsel. Avhandlingen viser at dette lar seg gjøre
og at man kan oppnå graviditet ved transfer av frosne/tinte
embryoer i en slik syklus.

En retrospektiv sammenligning av laparoskopisk og transvaginal
ultralydveiledet oocytaspirasjon viste at man fikk flere
oocytter ved ultralydteknikk og at disse oocytene muligens var
av bedre kvalitet ved at de ikke var blitt utsatt for generell
anestesi og pneumoperitoneum.

Hos infertile med åpne tuber kan flere forskjellige transfer-
teknikker benyttes: transfer av spermier og ikke-fertiliserte
oocytter til tubene (GIFT) eller fertiliserte oocytter til enten
tubene (TEST) eller uterinhulen (IVF). En prospektiv undersøkelse
viste ingen fordel ved transfer til tubene.

DOKTORDISPUTAS
OSLO UNIVERSITET

**Ingrid Matheson: EPIDEMIOLOGICAL AND PHARMACOKINETIC
STUDIES ON DRUGS AND BREAST-FEEDING.**

Ingrid Matheson, Institutt for farmakoterapi, Postboks 1065
Blindern, 0316 Oslo 3.

Avhandlingen dokumenterer at legemidler brukt til behandling av puerperale plager som smerter, infeksjoner, søvnforstyrrelser og forstoppelse har ofte manglet dokumentasjon om passasje til morsmelk på tross av at 98% av landets barselkvinner ammer.

Formålet med avhandlingen har derfor vært å skaffe mer kunnskap om spedbarns eksponering for medikamenter via morsmelk. De 4 epidemiologiske studiene beskriver mødrenes bruk av medikamenter, alkohol, tobakk og kaffe i ammeperioden, samt de medikamenter som blir gitt barna. De 4 farmakokinetiske undersøkelsene måler de mengder av legemidlene (3 sovemidler, 1 penicillin, 2 kontrastmidler) som gjenfinnes i morsmelk. Det er ikke gjort forsøk på å måle effekt av legemiddelpåvirkningen hos barna.

Prosjektet om "Amning og medikamenter" er utført ved Institutt for farmakoterapi i samarbeid med Sentrallaboratoriet og Barselavdelingen ved Ullevål sykehus. Det ble funnet store variasjoner mellom sykehusenes legemiddelrutiner. I en tid da barselrutinene er lagt om for at amningen skal starte så tidlig som mulig og gjerne om natten også, er det grunn til å spørre om sovemidler er nødvendig for 60% av mødrene. Amning hadde liten betydning for hvor mange legemidler mor og barn fikk, også etter hjemkomst. Det var overraskende at 35% av ammende spedbarnsmødre røkte. Dette utgjør sannsynligvis en større potensiell helserisiko enn medikamentbruken. Flere kolikkbarn ble funnet i gruppen av mødre som ammet og røkte enn i den gruppen som ammet og ikke røkte.

Undersøkelsene av medikamenters overgang i morsmelk viste svært lave konsentrasjoner etter sovetabletter. Bare små mengder penicillin gikk over i melken hos kvinner med mastitt. En viss lekkasje av penicillin, sammen med NaCl (salt morsmelk ved mastitt?) og s-albumin til det betente brystet ble påvist.

Avhandlingen gir økt kunnskap om ulike faktorer som påvirker legemiddelpassasje til morsmelk og derved grunnlag for bedre veiledning om valg av legemidler i ammeperioden. Derfor vil WHO utgi sammendraget i en liten bok. Det utvalg legemidler som ble

ND PHARMACOKINETIC
G.

api, Postboks 1065

brukt til behandling av
ner, søvnforstyrrelser og
sjon om passasje til morsmelk
nner ammer.
or vært å skaffe mer kunnskap
er via morsmelk. De 4
enes bruk av medikamenter,
, samt de medikamenter som
undersøkelsene måler de
penicillin, 2 kontrastmidler)
gjort forsøk på å måle
rna.
ter" er utført ved Institutt
allaboratoriet og
et ble funnet store
elrutiner. I en tid da
en skal starte så tidlig
det grunn til å spørre om
ene. Amming hadde liten
og barn fikk, også etter
av ammende spedbarnsmødre
tørre potensiell helserisiko
ble funnet i gruppen av
oen som ammet og ikke røkte.
ergang i morsmelk viste
pletter. Bare små mengder
er med mastitt. En viss
(salt morsmelk ved mastitt?)
e påvist.
like faktorer som påvirker
ed grunnlag for bedre
perioden. Derfor vil WHO
valg legemidler som ble

undersøkt viste seg å ha en beskjedne overgang til morsmelk.
Tidligere oppfatninger av at maternelle legemidler kan påvirke
diebarnet, gjelder bare i spesielle tilfelle f.eks. der legemidlet
akkumuleres i barnets blod etter lengre tids tilførsel via
morsmelken.

LIST OF PAPERS

- I. Matheson I. Medikamentrutiner ved norske barselavdelinger. Tidsskr Nor Lægeforen 1985; 105: 2281-4.
- II. Matheson I. Medikamenter til mor og barn i barselavdeling. En kartlegging ved fem norske universitetssykehus. Tidsskr Nor Lægeforen 1989; 109: 2118-22.
- III. Matheson I, Kristensen K, Lunde PKM. Spedbarns plager og legemiddelbruk. Hvilken betydning har amming? Tidsskr Nor Lægeforen 1989; 109: 2123-8.
- IV. Matheson I, Kristensen K, Lunde PKM. Drug utilization in breast-feeding women. A survey in Oslo. Eur J Clin Pharmacol 1990; 38: 453-9.
- V. Matheson I, Bredesen JE, Lunde PKM. Midazolam and nitrazepam in the maternity ward. Milk concentrations and clinical effects. Br J Clin Pharmacol 1990; 30: 787-93.
- VI. Matheson I, Sande HA, Gaillot J. The excretion of zopiclone into breast milk. Br J Clin Pharmacol 1990; 30: 267-71.
- VII. Matheson I, Samseth M, Løberg R, Fægri A, Prentice A. Milk transfer of phenoxymethylpenicillin during puerperal mastitis. Br J Clin Pharmacol 1988; 25: 33-40.
- VIII. Nielsen ST, Matheson I, Rasmussen JN, Skinnemoen K, Andrew E, Hafsahl G. Excretion of iohexol and metrizoate in human breast milk. Acta Radiol 1987; 28: 523-6.

GODKJENTE SPESIALISTER I FØDSELSHJELP
OG KVINNESYKDOMMER

5.6. 1991

Brundtland, Svanhild
Gyn/Obst avd
Sentralsjukehuset i Rogaland
4011 Stavanger

Tryse, Britta Marie
Bombakken 4A
1324 LYSAKER

KURSER, MØTER, KONGRESSER

N O R G E

OBLIGATORISKE KURS I FØDSELSHJELP OG KVINNESYKDOMMER
1991- 1995



TIMER	1991	1992	1993	1994	1995	
V Å R - KURS						
GENETIKK / UTVIKL.ANOMALIER	12		Oslo RH	Oslo RH	Oslo RH	Oslo RH
ONKOLOGI	15	Oslo DNR	Oslo DNR	Oslo DNR	Oslo DNR	Oslo DNR
ULTRALYD TRINN 1	25	Oslo U	Trh	Oslo U	Trh	Oslo U
KVINNELIG INFERTILITET	10	Trh	Trom	Oslo RH	Trh	Trom
MANNLIG INFERTILITET	10	Trh	Trom	Oslo RH	Trh	Trom
GYNEKOLOGISK ENDOKRINOLOGI	7	Oslo A	Oslo A	Oslo RH	Trh	Oslo A
H Ø S T - KURS						
OBSTETRIKK GRUNNKURS	26	Berg/ Oslo	Berg	Oslo RH/A	Berg	Oslo A/RH
UROLOGI/ URODYNAMIKK	15	Trh Oslo A	Oslo A	Trh	Oslo A	Trh

ADMINISTRASJON OG LEDELSE FOR SPESIALISTKANDIDATER 30 timer
I 1991 kurs i Oslo 14.-18.1. og 27.-31.mai, i Trondheim om
høsten, i Bergen i 11.-15.11. og Tromsø 8.-12.4.

Denne kursturnus ble presentert på årsmøtet i Kristiansand. Det er kommet noen mindre endringer, bl.a. angående gynekologisk endokrinologi. Dessuten vil Ultralyd trinn I bli arrangert hvert annet år i Oslo og Trondheim.

Turnusen er også presentert i Tidsskriftet nr 7/1991.

NGRESSER

G KVINNESYKDOMMER



1993	1994	1995
R - KURS		
Oslo RH	Oslo RH	Oslo RH
Oslo DNR	Oslo DNR	Oslo DNR
Oslo U	Trh	Oslo U
Oslo RH	Trh	Trom
Oslo RH	Trh	Trom
Oslo RH	Trh	Oslo A
S T - KURS		
Oslo RH/A	Berg	Oslo A/RH
Trh	Oslo A	Trh

STKANDIDATER 30 timer
 .mai, i Trondheim om
 ø 8.-12.4.
 møtet i Kristiansand. Det
 angående gynekologisk
 rinn I bli arrangert hvert

ftet nr 7/1991.

FOR SPESIALITETEN I FØDSELHJELP OG KVINNESYKDOMMER
 KREVES:



Dagens kurskrav:

120 timer hvorav minimum 80 timer innenfor de obligatoriske kurs:
 - Kvinnlig infertilitet
 - Mannlig infertilitet
 - Gynekologisk endokrinologi
 - Ultralyd
 - Gynekologisk onkologi (Kan erstattes med 6 mnd tjeneste ved avdeling for gynekologisk onkologi.)

Fra 1.1.92 i tillegg:

Obligatorisk kurs i administrasjon / ledelse 30 t

Kurskrav fra 1.1.94:

120 timer hvorav følgende obligatoriske kurs
 - Administrasjon / Ledelse 30 t
 - Kvinnlig infertilitet
 - Mannlig infertilitet
 - Gynekologisk endokrinologi
 - Ultralyd
 - Gynekologisk onkologi (Kan erstattes med 6 mnd tjeneste ved avd for gynekologisk onkologi.
 - Genetikk og utviklingsanomalier
 - Obstetrisisk grunnkurs
 - Urologi/Urodynamikk



UNIVERSITETET I OSLO

- 7.10. Kurs 2263: Fosteret som pasient
 Sted: Audit, KK, Rikshospitalet
 Kursleder: Prof Moe, KK RH
 Påmeld 1.9.
 50 deltagere 10 timer Kursavgift kr 500.-
- 4.11. Kurs 2279: Gynekologisk endokrinologi
 Sted: Audit, Østfløyen, Aker sh
 Kursleder Prof Gjønness, KK Aker
 Påmeld 1.10.
 40 deltagere 7 timer Kursavgift kr 500.-
- 5.-8.11. Kurs 2282: Grunnkurs i obstetrikk
 Sted: KK Aker
 Kursledere: Overlegene Stray-Pedersen og OH Jensen
 Påmeld 1.10.
 40 deltagere 26 timer Avgift kr 1200.-



UNIVERSITETET I BERGEN

Påmelding til alle kursene: Kontor for legers videre- og etterutdanning, Det Medisinske Fakultets Sekretariat, Postboks 25, 5027 Bergen-Universitet.

- 7.-9.10. **Kurs 858: Svangerskapet, fysiologi, patofysiologi og kontroll.**
Sted: KK, Haukeland
Kursleder: Prof Bergsjø
Påmelding 25.8.
20 deltagere 20 kurstimer Kursavgift: Kr 900.-
- 10.10. **Kurs 860: Fosterovervåkning**
Sted: KK, Haukeland
Kursleder: Overlegene Haram og Gjelland
Påmelding 25.8.
20 deltagere 6 kurstimer Kursavgift kr 600.-
- 18.-21.11 **Kurs 874: Perinatal epidemiologi**
Sted: Armauer Hansens hus
Kursleder: Prof. Irgens
Påmelding 1.11.
20 deltagere 32 kurstimer Kursavgift: Kr 1200.-
- 5.-7.12. **Kurs 877: Legen i arbeid med den alvorlig syke**
Sted: Haukeland sh
Kursleder: Overlegene Husebø, Haukeland og Moe, DNR
Påmelding 15.11.
20 deltagere 20 kurstimer Kursavgift: Kr 900.-



UNIVERSITETET I TRONDHEIM

Påmelding til alle kursene: Kontor for legers videre- og etterutdanning, Universitetet i Trondheim, Det medisinske fakultet, Eirik Jarls gt 10, 7030 Trondheim, tlf (07) 99 88 66

- 2.-4.10. **Kurs 588: PC nybegynnerkurs for leger**
Sted: RUNITs kursrom, Sentralbygg II, 2.et., NTH
Kursleder: SINTEF avd. RUNIT-D
Påmelding 1.9.
20 deltagere 21 kurstimer Kursavgift: Kr 900.-
- 25.-27.11 **Kurs 592: PC-bruakerkurs for leger**
Sted: RUNITs kursrom, Sentralbygg II, 2.et., NTH
Kursleder: SINTEF avd. RUNIT-D
Påmelding 20.10.
10 deltagere 21 kurstimer Kursavgift kr 900.-
- 27.-28.11 **Kurs 594: Informasjonsframhentning ved hjelp av PC**
Sted: Seminarrom I, 3.et., Parkbygget
Kursleder: Avd.leder Ragnhild Lande
Påmelding 20.10.
15 deltagere 15 kurstimer Kursavgift kr 600.-

BERGEN

r legers videre- og etter-
sekretariat, Postboks 25,

siologi, patofysiologi

Kursavgift: Kr 900.-

og Gjelland

er Kursavgift kr 600.-

ologi

Kursavgift: Kr 1200.-

i den alvorlig syke

ø, Haukeland og Moe, DNR

Kursavgift: Kr 900.-

TRONDHEIM

r legers videre- og etterut-
et medisinske fakultet,
f (07) 99 88 66

for leger

bygg II, 2.et., NTH
T-D

Kursavgift: Kr 900.-

leger

bygg II, 2.et., NTH
T-D

Kursavgift kr 900.-

entning ved hjelp av PC

arkbygget
ld Lande

Kursavgift kr 600.-



UNIVERSITETET I TROMSØ

- 11.-12.9. Kurs 424: Hysteroskopi
Kursleder: Prof. Jan Maltau, KK, Regionsykehuset
Påmelding til: Prof. Jan Maltau, KK, Regionsh
Påmelding: 1.6.91
20 deltagere 12 kurstimer Kursavgift: Kr 600.-

ANDRE



NORSK GYNEKOLOGISK FORENING

- 5.-8.9.1991 Årsmøte
Fredrikstad

- 15.-16.11. 5. Norske Perinataldager
Bodø

NORDISKE OG INTERNASJONALE
KONGRESSER OG MØTER

1991

- 10.-12.9. An introductory course in basic realtime ultra
sound in obstetrics
London, England Kontakt: Se under 12.11.
- 11.-13.9. III International Workshop. Operative video-laser
laparoscopy, and hysteroscopy
Centre for Reproductive Medicine, AZ-Vrije
Universiteit Brussel, under the auspices of the
European Society of Human Reproduction and
Embryology.
Kontakt: Bruno Van den Eede, ESHRE Secretariat,
AZ-Vrije Universiteit, Laarbeeklaan 101, B- 1090
Brussel, Belgium
- 13.9. Symposium: HIV in pregnancy
London, England Kontakt: Se under 12.11.
- 15.-20.9. XIIIth World Congress of Gynaecology and
Obstetrics
Singapore
Kontakt: Dr. PC Wong, Secretary General, Dept
of Obst & Gyn, National University Hospital,
Lower Kent Ridge Road, Singapore 0511, Republic
of Singapore. NGF arrangerer turer i samarbeid med
Berg-Hansen Reisebureau a/s, Bergen. Ansvarlig: Bente
Pedersen 05-31 00 55. Egen blankett sendt ut.
NGFs kontaktperson: Britt Nyland 05-31 95 57.

- 23.-25.9. Internat Uro-Gynaecological Assoc Meeting Singapore
Kontakt: Dr James S Gibson, Suite 23, The Ashley Centre, 1a Ashley Lane, Westmead, NSW 2145, Australia
- 25.-26.9. Problems in psychosexual medicine
London, England Kontakt: Se under 12.11.
- 3.10. Symposium: Growth factor and endometrial function London, England Kontakt: Se under 12.11.
- 3.-6.10. Third Congress, Scandinavian Society for Laser Therapy Örebro, Sverige
Kontakt: Third Congress, SSL
Congress Secretariat, Mrs Klara Sigvardsson
Dept of Otolaryngology
Örebro Medical Center Hospital S 70185 Örebro, SVERIGE
Tlf +46 19 151445 Telefax +46 19 103301
- 5.10. Dansk forening for familieplanlægning: Induced abortion and contraception.
Århus, Danmark
Tilmelding: Foren. for Famplanl., Aurehøjvej 2, 2900 Hellerup, tlf (+)31 62 56 88 (0900-1500). Begrenset deltagerantall.
- 5-8.11. First International Congress of Perinatal Medicine Tokyo, Japan
Kontakt: Japan Convention Services Inc
Nippon Press Center Bldg,
2-1, 2-chome, Uchisaiwai-cho, Chiyoda-ku
Tokyo 100 Japan
Tlf +813-508 1213 Fax +813-508 0820
- 8.-11.10. Advanced course for obstetric and gynaecologists London, England Kontakt: Se under 12.11.
- 14.10. Symposium: Molecular biology for obstetricians
London, England Kontakt: Se under 12.11.
- 15.10. Symposium: Controversies in obstetrics and gynaecology
London, England Kontakt: Se under 12.11.
- 18.10. Symposium: Surgical infection in obstetrics and gynaecology
London, England Kontakt: Se under 12.11.
- 25.-26.10. Kursus i endokrinologi
Bagsværd, Danmark
Tilmeld: Niels Ulbjerg, GynObst Afd, Aalborg Sygehus, afsnit Nord, Boks 561, 9100 Aalborg, DK. Giro 768 55 48, avgift kr 750.-
- 26.10.-3.11 Symposium: Perinatal bereavement
London, England Kontakt: Se under 12.11.
- 12.-14.11 Course in obstetric anaesthesia and analgesia
London, England

Assoc Meeting

Suite 23, The Ashley
Stmead, NSW 2145,

Medicine

Kontakt: Se under 12.11.

and endometrial function

Kontakt: Se under 12.11.

an Society for Laser Therapy

SL
ers Klara Sigvardsson

ital S 70185 Örebro, SVERIGE
ax +46 19 103301

planlægning: Induced abortion

planl., Aurehøjvej 2, 2900
88 (0900-1500). Begrenset

ss of Perinatal Medicine

Services Inc

no, Chiyoda-ku

313-508 0820

ric and gynaecologists

Kontakt: Se under 12.11.

ry for obstetricians

Kontakt: Se under 12.11.

a obstetrics and

Kontakt: Se under 12.11.

ion in obstetrics and

Kontakt: Se under 12.11.

ynObst Afd, Aalborg Sygehus,
0 Aalborg, DK. Giro 768 55 48,

evement

Kontakt: Se under 12.11.

nesia and analgesia

Kontakt: Symposium Office,
RPMS Institute of Obstetrics and Gynaecology,
Queen Charlotte's and Chelsea Hospital
Goldhawk Road, London W6 OXG, England
Tlf 081-740 3904

6.-7.12. Anglo-Scandinavian Conference on Andrology

London, England
Samarbejde mellom Royal Society of Medicine, London,
British Andrology Society og Nordisk Urologisk Forening
Kontakt: ?

16-18.12 International Meeting of the British Fertility Society

London, UK
Kontakt: MetaPhor Conferences
21 Kirklees Close, Farsley
Pudsey, W. Yorkshire LS28 5TH- UK
Tlf: (0532) 550752 Fax: (0532) 394088

1992

13.-16.2. The 7th meeting of Scandinavian Society for Genitourinary Medicine (SSGM)

Trondheim, Norge
Kontakt: Congress Secretariat SSGM 92
Finn Egil Skjeldestad, Dept of Gyn & Obst, University
Hospital of Trondheim, 7006 Trondheim, Norge
Tlf 47-7-99 80 00 Fax 47-7-99 77 89

27.-30.4. The American College of Obstetricians & Gynecologists Las Vegas, USA

Kontakt: A.C.O.G., 409 12th Street, Washington, DC
20024-2188- USA
Tlf (202) 638-5577

7-9.5. 2nd Congress of the European Society of Contraception Athen, Grekenland

Kontakt: C Creatsas MD, 9 Kanari Str, 10671 Athen,
Tlf +301 7770850 Fax +301 3620484

21.-23.5. Xth World Congress. Pediatric and Adolescent Gynecology

Paris, Frankrike
Kontakt: Convergences-Gyn Juv 92
120, avenue Gambetta
F-75020 Paris, Frankrike

9.-12.6. NFOG Kongress

Reykjavik, Island
Opplysninger: Dr Arnar Hauksson, Kvennadeild,
Landspítalinn, 101 Reykjavik, Island
Mer informasjon kommer senere.

14-17.6. Reproductive life. 10th International Congress of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology

Stockholm, Sverige
Kontakt: Congrex, ISPOG-92, P.O.Box 5619, s 114 86

Stockholm, Sverige.
Tlf 46 8 32 69 00 Fax +46 8 612 62 92

- 12.-15.5. XIIIrd European Congress of Perinatal Medicine
Amsterdam, Nederland
Kontakt: XIII European Congress of Perinatal Medicine
c/o RAI Organisatie Bureau Amsterdam bv
Europaplein 12, 1078 GZ Amsterdam, Nederland
Tlf (+31)(0)20 549 12 12 Fax (+31)(0)20 46 44 69
- 21.-23.5. Xth World Congress. Pediatric and Adolescent Gynecology
Paris, Frankrike
Kontakt: Convergences-Gyn Juv 92, 120 avenue Gambetta,
F-75020 Paris, Frankrike
- 14.-19.6. First European Congress for Infectious Diseases in
Obstetrics and Gynaecology
Taormina, Giardini Naxos, Italia
Kontakt: International Secretariat, ALM.s.r.l.- Via
Siegeri,6, 20135 Milano
Tlf (2) 5465641 Telex 313063 HOTALM I, Fax (2) 2844035
- 5.-8.7. European society of human reproduction and embryologi,
8th annual meeting
Hague, Nederland
Kontakt:QLT/CONGREX, Keizergracht 782, NL 1017 EC
Amsterdam, Nederland
Tlf +31(0)20-261372, Telex 14527 congx nl, Fax
+31(0)20-259574
- 23.-29.8. International symposium on recent developments in
perinatal and childhood infections.
Jerusalem, Israel
Kontakt: M Isachsohn, International symposium on recent
developments in perinatal and childhood infections.
P.O.Box 50006, Tel Aviv 61500 ISRAEL
- 8.-12.11. VII World Congress on Hypertension in Pregnancy
Buenos Aires, Argentina
Kontakt: Organising Secretariat, RH & Asociados
Viamonte 494- 2 Of.8
1053 Buenos Aires- Argentina
Tlf (54-1) 311-9413 Fax (54-1) 311-9837

#####

SAMARBEIDE OM ETTERUTDANNELSEN I NORDEN

Gjennom den nordiske forening, NFOG, er det etablert et samarbeide mellom etterutdannelsesutvalgene i Danmark, Sverige, Finland, Island og Norge. Det gir et bredere tilbud enn tidligere. Fond III dekker kursavgift og reise, men ikke opphold. Kursene vil/kan avverteres ikke bare nasjonalt, men også i de andre nordiske land. En oversikt over de svenske høstkursene ble sendt medlemmene sammen med Gynekologen nr 2/91. Norske kurs skal likeledes bekjentgjøres for de andre nordiske lands kollegaer. Kurset om perinatal epidemiologi i Bergen i november er således allerede avertert også i det danske medlemsbladet for juni.

8 612 62 92

Perinatal Medicine

gress of Perinatal Medicine
Amsterdam bv
sterdam, Nederland
Fax (+31)(0)20 46 44 69

Perinatal and Adolescent Gynecology

92, 120 avenue Gambetta,

Infectious Diseases in

Italia
retariat, ALM.s.r.l.- Via
63 HOTELM I, Fax (2) 2844035

Reproduction and embryologi,

gracht 782, NL 1017 EC

14527 congx nl, Fax

Recent developments in
lectuons.

national symposium on recent
and childhood infections.
00 ISRAEL

Intension in Pregnancy

ariat, RH & Asociados

na
-1) 311-9837

#####

I NORDEN

er det etablert et
algene i Danmark, Sverige,
bredere tilbud enn
og reise, men ikke opphold.
asjonalt, men også i de
de svenske høstkursene ble
en nr 2/91. Norske kurs skal
nordiske lands kollegaer.
ergen i november er således
medlemsbladet for juni.

forts fra s 2

NGF STYRE OG UTVALG forts

Tidl. avd. overlege Kjell Skarsten, Gyn/Obst avd,
SSh i Rogaland, 4001 Stavanger, 04-53 10 00
Avd. overlege Einar Svendsen, Gyn/Obst avd, Vest-
Agder Ssh, 4604 Kristiansand, 042- 29 080

TAKSTUTVALGET FOR PRIVAT SPESIALISTPRAKSIS

Prakt. spes. Brit Nyland, Nygårds gt 5, 5015 Bergen,
Tlf 05-31 95 57, priv 05-16 34 76
Prakt. spes. Kristia Johannessen, Nygårds gt 5, 5015
Bergen, tlf 05-23 15 10
Prakt. spes. Tor Løvset, Sandbrugt 3, 5003 Bergen,
Tlf 05.29 80 60

NGFS AIDS-UTVALG

Overlege dr.med Babill Stray-Pedersen, KK, Aker
sykehus, 0514 Oslo 5, 02-22 50 50
Professor dr.med. Kåre Molne, KK, Regionsh i
Trondheim, 7002 Trondheim, 07-99 80 00
Overlege Fridtjof Jerve, KK, Ullevål sykehus,
0407 Oslo 4, 02-11 80 80

NGFS ULTRALYDSUTVALG

Overlege Hans Andreas Sande, KK, Ullevål sykehus,
0407 Oslo 4, 02-11 80 80
Professor dr.med. Sturla Eik-Nes, KK, Regionsh i
Trondheim, 7002 Trondheim, 07-99 80 00
Overlege dr.med. Helge Jenssen, KK, Aker
sykehus, 0514 Oslo 5, 02-22 50 50
Professor dr.med. Narve Moe, KK, Rikshospitalet,
0027 Oslo 1, 02-867010
Prakt. spesialist Viljar Skåtun, Nesttunv 109, 5000
Bergen, 05-13 07 20
Overlege Arnt Steier, KK, Haukeland sykehus,
5021 Bergen, 05-29 80 60
Professor dr.med. Pål Øian, KK, Regionsh,
9000 Tromsø, 083-42000

NGFS REPRESENTANTER TIL NORSK PASIENTSKADEERSTATNING

Avd. overlege Arne Christensen, Gyn/Obst avd,
Telemark SSh, 3900 Porsgrunn, 03-55 01 70
Professor dr.med. Hallvard Gjønness, KK, Aker
sykehus, 0514 Oslo 5, 02-22 50 50

NGFS DATAUTVALG

Prakt. spesialist Tor Løvset, Sandbrugt 3, 5003
Bergen, 05-31 53 88
Overlege dr.med. Per E Børdahl, KK, Rikshosp,
0027 Oslo 1, 02-867010
Professor dr.med. Roar Sandvei, KK, Haukeland
sykehus, 5021 Bergen, 05-29 80 60

INNHold

Norsk Gynekologisk Forening: Styret og komiteene	2
Per E Børdahl: Fra redaksjonen	3
Fridtjof Jerve: Styrets beretning 1990-1991	4
Sissel Moe Lichtenberg: Gyn/Obst avd., Ssh i Rogaland	9
Ola Rygh: Norsk gynekologi i 1950-årene	11
Fridtjof Jerve: Veteraner i norsk gynekologi: Boye Istre	15
Prognose for utviklingen av legearbeidsmarkedet innen fødselshjelp og kvinnesykdommer	18
Spesialitetskomiteens kommentar	27
Doktordisputas. Tom Tanbo: Assisted fertilization. Ingrid Matheson: Legemidler og amming	29 30
Nye spesialister	31
Kurser, møter, kongresser	32
NGFs styre og utvalg forts	39
Innhold. Redaksjonen. Neste deadline.	40

I REDAKSJONEN

PER E BØRDAHL (redaktør), Ramstadåsv 19, 1322 Høvik, 02-12 38 81
Arbeide: KK, Rikshospitalet, 0027 Oslo 1, 02-86 70 10

FRIDTJOF JERVE, Olav Nygardsv 215, 0688 Oslo 6, 02-27 11 12
Arbeide: KK, Ullevål sykehus, 0407 Oslo 4, 02-11 80 80

THOMAS ÅBYHOLM, Ostadalsv 63B, 0753 Oslo 7, 02-50 00 33
Arbeide: KK, Rikshospitalet, 0027 Oslo 1, 02-86 70 10

METTE MOEN, Valkendorfgt 19, 7000 Trondheim, 07-51 18 70
Arbeide: KK, Regionsh i Trondheim, 7002 Trondheim, 07-99 80 00

DEADLINE FOR NESTE NUMMER: 05.11.1991